

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON  
Année scolaire 1911-1912. — N° 136

---

LE  
VOLVULUS  
DU  
COLON PELVIEN

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 24 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Emile ROCHE**

Né aux Vans (Ardeche), le 24 Mai 1886



IMPRIMERIE P. COLOMBIER  
30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo  
VILLEURBANNE

—  
1912



LE  
VOLVULUS  
DU  
COLON PELVIEN

---

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

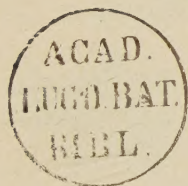
et soutenue publiquement le 24 Juillet 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

**Emile ROCHE**

Né aux Vans (Ardeche), le 24 Mai 1886



IMPRIMERIE P. COLOMBIER  
30, Rue des Maisons-Neuves, angle rue Victor-Hugo  
VILLEURBANNE

—  
1912

# PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. HUGOUNENQ..... DOYEN.  
J. COURMONT..... ASSESSEUR.

## PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE,  
PIERRET.

## PROFESSEURS

|                                                      |                 |
|------------------------------------------------------|-----------------|
| Cliniques médicales.....                             | MM. TEISSIER.   |
| Cliniques chirurgicales.....                         | ROQUE.          |
| Clinique obstétricale et Accouchements.....          | BARD.           |
| Clinique ophtalmologique.....                        | PONCET.         |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... | JABOULAY.       |
| Clinique des maladies mentales.....                  | FABRE.          |
| Clinique des maladies des enfants.....               | ROLLET.         |
| Clinique des maladies des femmes.....                | NICOLAS.        |
| Physique médicale.....                               | LÉPINE (J.).    |
| Chimie médicale et pharmaceutique.....               | WEILL.          |
| Chimie organique et Toxicologie.....                 | POLLOSSON (A.). |
| Matière médicale et Botanique.....                   | CLUZET.         |
| Parasitologie et Histoire naturelle et médicale..... | HUGOUNENQ.      |
| Anatomie.....                                        | MOREL.          |
| Anatomie générale et Histologie.....                 | BEAUVISAGE.     |
| Physiologie.....                                     | GUART.          |
| Pathologie interne.....                              | TESTUT.         |
| Pathologie et Thérapeutique générales.....           | RENAUT.         |
| Anatomie pathologique.....                           | MORAT.          |
| Médecine opératoire.....                             | COLLET.         |
| Médecine expérimentale et comparée.....              | LESIEUR.        |
| Médecine légale.....                                 | PAVIOT.         |
| Hygiène.....                                         | POLLOSSON (M.). |
| Thérapeutique.....                                   | COURMONT (P.).  |
| Pharmacologie.....                                   | LACASSAGNE.     |
|                                                      | COURMONT (J.).  |
|                                                      | PIC.            |
|                                                      | FLORENCE.       |

## PROFESSEURS ADJOINTS

|                                                 |          |
|-------------------------------------------------|----------|
| Physiologie, cours complémentaire.....          | DOYON.   |
| Maladies des oreilles, du nez et du larynx..... | LANNOIS. |
| Pathologie externe.....                         | VALLAS.  |
| Maladies des voies urinaires.....               | ROCHET   |

## CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

|                                   |                     |
|-----------------------------------|---------------------|
| Chimie minérale.....              | MM. BARRAL, agrégé. |
| Propédeutique chirurgicale.....   | BERARD. —           |
| Propédeutique de gynécologie..... | CONDAMIN, —         |
| Chirurgie infantile.....          | NOVE-JOSSERAND —    |
| Accouchements.....                | COMMANDEUR, —       |
| Matière médicale.....             | MOREAU, —           |
| Embryologie.....                  | REGAUD, —           |
| Anatomie topographique.....       | PATEL, —            |
| Botanique.....                    | BRETIN —            |
| Chirurgie expérimentale.....      | VILLARD —           |
| Clinique infantile.....           | MOUQUAND. —         |

## AGRÉGÉS

|               |               |           |              |
|---------------|---------------|-----------|--------------|
| MM.           | MM.           | MM.       | MM.          |
| REGAUD.       | MARTIN (EL.). | BRETIN    | MOURIQUAND   |
| COMMANDEUR.   | LAROYENNE.    | LERICHE   | ARLOING (F.) |
| GAYET.        | VORON.        | THEVENOT  | GUILLEMARD.  |
| NEVEU-LEMAIRE | NOGIER        | TAVERNIER | PIÉRY ch...  |
| PATEL.        | LATARGET      | CADE      | SAVY ch...   |

M. BAYLE, Secrétaire.

## EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, président;

MM. PATEL, assesseur; LAROYENNE et LERICHE, agrégés.

*La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*(A qui je dois tout.)*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHIERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

*Hommage de notre respectueuse  
reconnaissance pour l'honneur qu'il  
nous fait en acceptant la présidence  
de notre thèse.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PATEL

PROFESSEUR AGRÉGÉ  
CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LERICHE

PROFESSEUR AGRÉGÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. CHALIER

CHEF DE CLINIQUE CHIRURGICALE

*Qui nous inspira le sujet de ce  
travail, hommage de notre vive  
gratitude.*



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41546717\\_0029](https://archive.org/details/IA41546717_0029)

## INTRODUCTION

---

*Le volvulus du côlon pelvien n'est pas un sujet nouveau. Connu depuis de nombreuses années, il a été étudié successivement par beaucoup d'auteurs, mais, comme tout ce qui touche à la chirurgie, l'étude du volvulus a suivi une évolution rapide. De nouvelles notions concernant l'étiologie et la pathogénie de cette affection ont été publiées, des interventions récentes ont ouvert un champ plus vaste au traitement.*

*Nous avons cru bon, sur les conseils du D<sup>r</sup> A. Chalier, chef de clinique chirurgicale, de revoir cette question et tâcher de réunir les idées nouvelles qui se rattachent au volvulus du côlon pelvien.*

*Les observations de trois malades traités récemment dans le service de notre maître, M. le Professeur Jaboulay, nous ont servi de base pour établir notre travail.*

*M. le Professeur Jaboulay nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous n'en saurions trop le remercier.*

*M. le D<sup>r</sup> A. Chalier nous a guidé de ses conseils et*

*nous a toujours fait preuve d'une amabilité inlassable. Nous lui adressons nos plus vifs remerciements.*

*Nos remerciements s'adresseront aussi à M. le D<sup>r</sup> Duroux, chef de clinique chirurgicale, dont on connaît la compétence en ce qui concerne les torsions du gros intestin. Il nous a fait part de ses travaux et nous a montré des marques de sympathie qu'il nous sera impossible d'oublier.*

*Et maintenant que ce travail met le terme à notre vie d'étudiant, il est pour nous un devoir de remercier nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de l'enseignement qu'ils nous ont donné. Nous sommes fier d'appartenir à leur école.*

---

## CHAPITRE I

---

### *Historique*

Les anciens auteurs employaient le terme générique de *volvulus* concurremment avec les expressions d'ileus, de coliques de miserere, de passion iliaque, etc., pour toutes les occlusions en général.

Rokitansky, le premier, en 1837, essaya de faire une distinction entre ces diverses sortes d'étranglements; nous lui devons une classification des *étranglements rotatoires* de l'intestin; sous le nom d'étranglements rotatoires, il entend :

1° La rotation d'une portion d'intestin autour de son axe propre ;

2° Autour d'un axe formé par le mésentère ;

3° L'enroulement d'une portion d'intestin autour d'une partie d'intestin lui servant d'axe. (*Arch. gén. de méd.*, 2° série, t. xiv, p. 202).

Mackensie, en 1848 (*Méd. Gaz. London*) a cité 2 cas avérés de torsion de l'S iliaque.

Quelques années plus tard (1857), Trousseau présenta dans ses cliniques un homme d'une cinquantaine d'années qui, ayant eu des troubles consistant en alternatives de constipation et de

diarrhée, offrit tous les symptômes d'occlusion intestinale ; opéré de gastrotomie par Jobert, cet homme mourut de péritonite généralisée et l'autopsie permit de constater que l'S iliaque, complètement retournée sur elle-même, avait été la cause de ces accidents.

En 1859, Melchiori fait des expériences sur le cadavre pour s'expliquer la production du volvulus. C'est lui qui indique l'importance de la pression produite par la paroi abdominale.

En 1860, Giralès reprend le travail de Melchiori et réunit 10 cas de volvulus qui amenèrent rapidement la mort par distension énorme du ventre.

A cette même époque, Besnier et Duchaussoy dans un mémoire adressé à l'Académie de Médecine de Paris, traitent l'anatomie pathologique du volvulus.

En 1863, Gruber traite de la torsion de l'anse omega et revient en 1869 sur le même sujet.

En 1870, Tillaux préconise les injections forcées pour obtenir la détorsion.

Leichstenstern donne 76 observations de torsion du gros intestin, celle-ci siégeant 45 fois sur l'S iliaque.

En 1875, paraît à Paris, la thèse d'Erlanger.

En même temps, Esaü fait paraître un travail sur le volvulus. Cet auteur donne le nom de torsion sur anse au genre de lésion qu'il a trouvée sur un malade porteur d'un volvulus de l'S iliaque.

M. Rendu fait à la Société anatomique un intéressant rapport sur trois cas signalés par M. Léger.

En 1877, à la Société de Chirurgie, le docteur

Faucon lit une observation de volvulus de l'S iliaque et donne des explications sur le mécanisme de la torsion.

MM. Barié et Ducastel, en 1879, font une communication remarquable, à la Société anatomique de Paris, sur le diagnostic différentiel entre le volvulus de l'S iliaque et le cancer.

La même année, M. le Professeur Potain fait à l'hôpital Necker une clinique sur deux observations rapportées dans la thèse de Liébault.

En 1883, dans l'*Union Médicale de Caracos*, Marcano traite des étranglements rotatoires de l'S iliaque.

Cette même année, paraît le mémoire de W. Roser : « des opérations du volvulus » (*Central bl. für Chir. Leipzig*, 1883).

En France, Prioleau présente dans le *Journal de Médecine de Bordeaux* (1883-84, t. XIII, p. 38), une observation de volvulus siégeant à l'union de la flexure sigmoïde et du rectum, et Polaillon (*France Méd. Paris*, 1883-84) un cas où l'on ne put produire la détorsion après laparotomie.

En Amérique, Sautwoord cite un individu qui meurt de pneumonie après laparotomie et celui de Lamminan, en Angleterre, qui mourut peu de temps après.

En 1887, Roux (de Lausanne), opère 2 malades chez lesquels il avait diagnostiqué un volvulus de l'S iliaque, grâce au relief de l'anse étranglée, avec différence de tonalité à la percussion. Ce signe que l'on appelle signe de von Wahl avait donc été étudié avant que ne paraissent les deux mémoires de cet

auteur sur « la laparotomie pour l'intestin grêle » et sur « le diagnostic des occlusions intestinales par étranglement ou torsion ».

Le volvulus rentre dès lors dans une phase nouvelle, quant au diagnostic et au traitement.

Jesset, de Londres, pose les règles qu'un chirurgien doit suivre quand il se trouve en présence d'un malade atteint d'un volvulus de l'S iliaque.

En France, Villar, de Bordeaux, pratique une colopexie transverse pour empêcher une nouvelle torsion de l'anse.

H. Roser indique quel doit être le « traitement opératoire des torsions de l'S iliaque ».

En 1893, de nombreux mémoires concernant le traitement de l'S iliaque sont publiés :

Kiwull, sur la casuistique de la laparotomie dans les volvulus de l'anse sigmoïde (*St-Petersb. Med. Woch.* 1893).

Gaye (*An. of. Surg. Phila.* xvii, 1893). Un cas de volvulus de l'anse sigmoïde. réduction après section abdominale.

Mac Ardle (*Dubl. J. Med. soc.*, 1893). Le traitement du volvulus de l'anse sigmoïde.

Au congrès de Chirurgie de 1895, Michaux parle du traitement chirurgical.

Répondant à M. Michaux, M. Hartmann préconise la large incision des parois abdominales et recommande d'utiliser la position de Trendelenburg pour arriver plus facilement sur le pédicule.

En janvier 1894, Roux (de Lausanne) fait un compte

rendu sur une mésosigmopexie pratiquée avec succès pour deux récidives.

Obalinski (*Arch. f. Klin. Ch.*, 1894) donne une statistique de 19 cas de volvulus, avec 9 guérisons.

Catrin (*Bull. et mem. Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1894), cite l'observation très curieuse d'un individu mort au sixième jour de volvulus de l'S iliaque, sans avoir eu de vomissements fécaloïdes.

Roux, de Lausanne (*C. f. chirurg. Leipzig*, 1894), opère pour la troisième fois son malade. Il complète sa méso-sigmopexie par une suture du péritoine dans toute sa hauteur jusqu'au niveau de la ligne blanche.

En Autriche, Lennander (*Wiener Klin Woch*, 1894, Vienne), pratique une typhlostomie sur deux malades atteints de volvulus de l'anse omega.

En 1895, Bentham, en Angleterre, guérit un cas par simple laparotomie; Gould suture l'intestin à la paroi pour prévenir toute récidive.

Au congrès de Bordeaux (mai 1895), Prioleau rapporte quelques observations de malades traités avec succès par des lavements gazeux et par des ponctions capillaires des anses distendues.

Au 27<sup>e</sup> Congrès des Chirurgiens allemands (1898) H. Hœckel présente un cas de volvulus guéri après résection d'une partie de l'anse et abouchement du colon descendant dans le rectum.

M. Routier (1898) obtient la guérison par simple détorsion de l'anse après laparotomie.

En 1900, paraît à Lyon la thèse d'Allard (Volvulus de l'S iliaque) signalant un cas opéré dans la clinique

du Prof. Poncet par M. Delore. Il rapproche la dilatation de l'anse intestinale du volvulus de la dilatation idiopathique du côlon ou megacôlon. Il recommande la ponction capillaire de l'anse, pour évacuer les gaz qu'elle renferme.

Dans le *Lancet* (Lond. 1900), Battle rapporte le cas d'un opéré chez lequel, après laparotomie, une partie de l'anse sigmoïde fut réséquée, le malade guérit avec rétablissement des fonctions.

Bœckel signale un cas de volvulus congenital de l'anse sigmoïde chez un enfant de deux ans et demi. Après laparotomie on fit la résection de cette anse ; le cas fut heureux.

En 1903, Weege (H) dans sa thèse, et un peu plus tard Neumann, rapportent de nombreux cas de volvulus.

En Allemagne, Tschelow et Lee publient plusieurs cas de volvulus chez des enfants.

Bloodgood fait avec succès l'excision de l'anse sigmoïde dans un cas de volvulus.

Thienschans, à propos d'un cas de volvulus de l'anse sigmoïde, décrit longuement les signes qui font reconnaître cette affection ; cet auteur recherche le traitement de choix : l'opération précoce.

En 1907, Horand (R) fait dans le *Lyon Médical*, une communication intéressante sur une occlusion intestinale par glissement et torsion du côlon sigmoïdien, sous le cœcum, dans la fosse iliaque droite. La compression et l'étranglement sont produits par le meso appendice, le cœcum et le meso colon ascendant.

En 1908, paraît à Montpellier la thèse de Trabut, sur le volvulus de l'S iliaque.

Bloodgood, en 1909, signale cinq cas de volvulus de l'anse sigmoïde et fait une étude étiologique de cette affection. Il cite un cas de volvulus récidivant guéri par résection de l'anse (*Brit. M. J. Phil.* 1909).

En Italie, Fasano signale deux cas rares d'occlusion intestinale (*Ch. Chirurg. Milano* 1909).

Coley, en Amérique, rapporte un cas de volvulus de l'anse sigmoïde avec récurrence (*Ann. of Surg. Phil.* 1909).

Mouthey, Clarke, signalent de nouveaux cas.

Greiffenhagen en Russie, étudie la thérapeutique du volvulus de l'anse pelvienne (*Saint-Petersb. Méd.* 1909).

Maire, à Lyon, cite un cas de mesosigmoïdite avec adhérences s'accompagnant de crises d'occlusion subaiguë et simulant un néoplasme de l'S iliaque (*Lyon Médical* 1909).

En 1910, la question du volvulus du côlon pelvien est reprise par Lecène qui en signale deux cas dont l'un trois fois récidivant et guéri par résection de l'anse (*Revue de Chir. Paris* 1910).

Jeannel à Toulouse, s'occupe du traitement chirurgical.

Lenormant à Paris, montre les limites de la résection intestinale (*Presse Méd.* 1910).

Au VI<sup>e</sup> Congrès de Pédiatrie de Toulouse, M. Patet traite magistralement la question du mégacolon.

En 1911 (16 janvier), M. le Prof. Jaboulay signale à la Société de Médecine de Lyon deux cas de vol-

vulus de l'S iliaque que nous publions dans notre thèse et qui en font le sujet. Cette communication fut suivie d'une remarque faite par M. le Prof. Jaboulay sur les inconvénients de pratiquer un anus contre nature sur le cœcum. Il peut arriver, en effet, que cet anus siège non sur le cœcum, mais sur le bout inférieur de l'S iliaque reporté à droite par la torsion.

En mars 1911, MM. les Professeurs Gayet et Patel publient dans le *Lyon Chirurgical*, le traitement du megacolon chez l'adulte.

Allen fait paraître un ouvrage sur les occlusions intestinales.

Samborski signale un cas de récidence de volvulus (*Khirurg Mork 1911*).

Lane s'occupe du traitement chirurgical de la constipation chronique (*The Practitioner 1911*).

En 1912, MM. Duroux et Mangini font paraître dans le *Lyon Chirurgical* (Janvier), un article sur le volvulus du côlon pelvien.

M. Duroux, qui s'occupe des torsions du gros intestin, publie dans le *Lyon Chirurgical* un article sur le volvulus du côlon transverse (mai 1912), et une étude sur : « Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical ». (*Rev. de Gyn. et de Chir. abd., Paris 1912*).

Enfin M. A. Chalié fait une communication à la *Société Nationale de Médecine de Lyon* (29 avril 1912), sur un cas de « Volvulus du côlon pelvien avec perforations multiples de l'anse tordue ».

Comme on le voit, les documents ne manquent

pas. Si nous avons consulté avec un très grand intérêt la plupart de ces travaux, nous n'avons pas voulu en faire la synthèse dans ce mémoire, destiné surtout à réunir trois cas récents, fort intéressants, de la clinique de M. le Prof. Jaboulay, et à tirer de ces observations quelques conclusions personnelles au sujet de l'anatomie pathologique et du traitement d'une affection, déjà fréquente, et bien connue par ailleurs.

---



## CHAPITRE II

---

### Rappel anatomique

Le côlon pelvien, encore appelé S iliaque du côlon ou anse sigmoïde, fait suite au colon descendant et s'étend de là jusqu'au rectum. Il commence à la hauteur de la crête iliaque et se termine à la 3<sup>e</sup> vertèbre sacrée.

Sa longueur, variable selon les sujets, mesure d'après Testut de 45 à 51 centimètres, d'après Jönnesco, de 35 à 45 centimètres, enfin Duval donne comme chiffres extrêmes 14 et 58 centimètres.

Cette longueur varie aussi suivant l'âge de l'individu ; chez le fœtus et chez l'enfant on trouve une anse longue, tandis que chez l'adulte on rencontre plutôt une anse courte.

Le calibre du côlon varie aussi suivant les individus et suivant les âges. Il diminue peu à peu au fur et à mesure qu'on se rapproche du rectum. Il est en effet, en moyenne de 5 centimètres au niveau du côlon ascendant, tandis qu'au niveau de l'S iliaque, il ne mesure guère que 25 à 35 millimètres. Nous voyons donc qu'en réalité la portion pelvienne du côlon est la plus étroite.

Cependant le calibre du côlon, même à l'état normal, varie souvent. On rencontre quelquefois dans les autopsies des portions fortement dilatées par les matières fécales ou par les gaz, et à côté d'elles des portions rétrécies dues à des contractions spasmodiques des fibres lisses, se produisant pendant la vie. L'on trouve aussi des élargissements considérables du côlon pelvien ou megacolon, pouvant présenter des dimensions monstrueuses. Fütterer cite un cas où cette dilatation mesurait 66 centimètres. Cette dilatation peut être congénitale ou acquise. La forme congénitale doit attirer notre attention ; elle peut frapper tout le côlon ou simplement un ou plusieurs de ses segments, mais on a remarqué qu'elle se porte avec prédilection sur le colon pelvien.

L'état et l'évolution de ces megacôlons restent très variables. Les uns par leur distension extrême amènent rapidement des troubles intestinaux, les autres bien compensés ne manifestent leur présence que plus tard par l'intermédiaire d'une obstruction, d'un volvulus.

Si nous suivons maintenant le côlon sigmoïde de son origine à sa terminaison, nous voyons que, séparé du côlon descendant par une limite toute conventionnelle (plan horizontal passant par la crête iliaque) il est situé d'abord dans la fosse iliaque interne du côté gauche, puis passe bientôt dans le bassin qu'il occupe dans la plus grande partie de son étendue. Il descend aussi verticalement le long du bord externe du psoas, jusqu'à une petite distance de l'arcade de Fallope. Se portant ensuite en dedans,

il traverse le psoas et atteint ainsi le bord interne de ce muscle. Présentant alors la forme d'une anse à concavité dirigée en haut, il passe dans l'excavation pelvienne qu'il traverse de gauche à droite.

Arrivé dans la fosse iliaque droite, au niveau de la symphyse sacro-iliaque droite, il s'infléchit une dernière fois sur lui-même et se porte alors obliquement en bas, en arrière et en dedans, pour se continuer avec le rectum, au niveau de la troisième vertèbre sacrée.

Cette anse peut occuper des situations variables, elle peut remonter au-devant de la masse intestinale jusqu'à l'ombilic et même jusqu'à l'épigastre ou bien se trouver rejetée dans une des fosses iliaques.

Si nous examinons maintenant l'aspect extérieur de cette portion de l'intestin, nous voyons que les bandes musculaires qui, sur les trois premières portions du côlon, étaient au nombre de trois, se réduisent le plus souvent à deux, l'une antérieure, l'autre postérieure, que les bosselures et les sillons transversaux qui les séparaient s'atténuent graduellement et que l'S iliaque prend de plus en plus la configuration cylindrique qui caractérise le rectum.

Pour étudier ses rapports, considérons deux parties dans l'S iliaque : la portion iliaque et la portion pelvienne.

En avant la portion iliaque, à l'état de distension, est en rapport direct avec la paroi abdominale, si bien qu'il est possible par la palpation de sentir les matières fécales accumulées dans cette partie du gros intestin.

A l'état de vacuité, il n'est pas rare de trouver interposées entre le côlon iliaque et la paroi abdominale des anses plus ou moins volumineuses d'intestin grêle.

En arrière, il repose successivement :

1° Sur le muscle iliaque, dont il est séparé par le fascia-iliaca.

2° Sur le muscle psoas, séparé encore par le même feuillet aponévrotique.

3° Sur les vaisseaux iliaques externes qui longent le bord interne du psoas.

La portion pelvienne présentera des rapports différents, variables avec le sexe que l'on considère.

Plongeant dans le petit bassin, elle pourra reposer sur les organes génito-urinaires ou bien se trouver entre ces mêmes organes.

Chez la femme, elle se trouve au-dessus de la vessie et de l'utérus ou bien dans l'un des deux culs de sac vésico-utérin ou recto-vaginal.

Chez l'homme, on la rencontre sur la vessie ou entre la vessie et le rectum.

Il est facile de comprendre que les causes les plus variées peuvent agir de façon différente pour modifier ces rapports :

1° lorsque l'anse est distendue ;

2° lorsque les autres viscères pelviens, vessie, rectum, utérus, augmentent de volume physiologiquement ou pathologiquement.

*Péritoine du côlon pelvien.* — Le côlon ilio-pelvien est rattaché à la paroi postérieure de l'abdomen et du bassin par un repli du péritoine qui forme le

méso-côlon ilio-pelvien. Le méso-côlon ilio-pelvien très court au niveau du côlon iliaque s'élargit et atteint son maximum de développement (16 centimètres) à la partie moyenne du côlon pelvien, puis il diminue peu à peu et devient de nouveau très court au voisinage du rectum.

Ce méso long et mobile permet à la partie de l'intestin qu'il entoure, des excursions très étendues. Il nous faut cependant distinguer deux cas.

En effet, chez l'enfant, où l'on rencontre une anse longue, on trouve aussi un long méso. Chez l'adulte, où l'on constate souvent une anse courte, le méso présente aussi une moindre longueur. Toutefois, l'évolution de l'anse n'est pas toujours parallèle à celle du méso ; à une anse courte peut correspondre un long méso, de même qu'à une anse longue peut correspondre un court méso. Le type du méso long est celui qui caractérise les formes mobiles et favorise considérablement leur enroulement, leur torsion.

En somme, le côlon pelvien est une anse colique en pleine évolution morphologique. Le type vers lequel elle tend est l'anse courte à court méso, plaquée dans la partie gauche du bassin. Les autres formes : côlon omega, anse sigmoïde, S iliaque, ne sont que des stades évolutifs. On peut donc considérer 4 types de l'anse colique pelvienne :

Anse courte à court ou à long méso ;

Anse longue à court ou à long méso.

Les formes longues et mobiles sont les types fœtaux et infantiles, ce sont celles qui sont surtout prédisposées au volvulus.

L'insertion viscérale mobile de ce méso-côlon, répond au bord postérieur de l'intestin ; son insertion pariétale, fixe, représente une ligne fixe deux fois coudée sur elle-même en forme d'S.

Duroux et Mangini ont bien décrit cette insertion pariétale et nous leur empruntons les quelques lignes qui suivent :

« Ce long méso est suspendu par deux racines : la racine primaire, médiane et sagittale, s'étendant de la deuxième vertèbre lombaire à la troisième sacrée ; la racine secondaire, branchée obliquement à gauche de la ligne médiane, et correspondant à la limite de coalescence du méso-côlon iliaque avec le péritoine de la fosse iliaque. Cette racine secondaire quitte la quatrième vertèbre lombaire, suit le trajet des vaisseaux iliaques communs et externes, longe le bord interne du psoas, croisant les vaisseaux spermaticques gauches et l'uretère. Entre ces racines cheminent les trois artères sigmoïdes, dans l'intérieur même du méso. Ainsi donc le méso-côlon pelvien représente l'espace péritonéal compris entre deux racines, d'où sa forme angulaire.

L'accolement péritonéal iliaque qui a donné naissance à la racine secondaire après la torsion sur la gauche de l'intestin terminal, a une tendance évolutive à s'accroître et ainsi la racine secondaire tend à se rapprocher aussi de la racine primaire.

De long qu'il était chez le fœtus et chez l'enfant, le méso prend de la sorte des proportions de plus en plus restreintes.

Ce processus quoique normal n'a pas toujours

lieu ; l'accolement de la racine secondaire restant parfois définitif dès la naissance.

L'anse mobile qui représente le côlon pelvien est ainsi relativement plus longue chez le fœtus et chez l'enfant que chez l'adulte, puisque ses dimensions proprement dites sont réalisées par la longueur d'intestin située entre les 2 racines primaire et secondaire. Toutefois, chez l'adulte, on ajoute à cette portion flottante deux autres portions : l'une, initiale et iliaque, située en pleine zone d'accolement de la racine secondaire avec le péritoine de la fosse iliaque ; l'autre, terminale et pelvienne, fixée plus ou moins étroitement au bassin : de la symphyse sacro-iliaque gauche à la troisième vertèbre sacrée. La portion initiale ou iliaque peut demeurer libre et flottante comme l'ensemble du côlon sigmoïde ; la troisième portion reste définitivement fixée et ceci est important à reconnaître, car c'est autour de cette troisième portion fixe que le segment flottant long (iliaque et sigmoïde réunis) ou court (sigmoïde seul) va s'infléchir et se tordre. »

Lorsqu'on relève le côlon sigmoïde par en haut, on aperçoit au-dessous de lui une poche située entre son méso et le péritoine postérieur. Le fond de cette poche est prolongé par un diverticule péritonéal qui se dirige en haut et à droite et qui a reçu le nom de *fossette intersigmoïde*.

Cette fossette résulte d'un défaut de coalescence du méso-côlon pelvien primitif avec le péritoine pariétal postérieur. Elle existe dans la proportion de 60 à 85 %. (Waldeyer).

Sa profondeur varie beaucoup suivant les sujets. elle est habituellement de 5 à 6 centimètres, mais elle peut dépasser ces dimensions et on a signalé des cas où le sommet de la fossette remontait jusqu'à la 3<sup>e</sup> portion du duodenum.

L'orifice d'entrée de la fossette intersigmoïde est entourée d'une couronne d'artères : au-dessous de lui, l'artère iliaque primitive gauche ou ses 2 branches de bifurcation ; au-dessus, l'artère hémorroïdale supérieure qui descend vers le rectum et les 3 artères sigmoïdes qui se distribuent au côlon ilio-pelvien.

---

## CHAPITRE III

---

### Anatomie pathologique

Le volvulus du colon pelvien est la torsion de l'anse colique sur l'axe de son mésentère. La torsion peut être ou *partielle* c'est-à-dire de moins d'un tour complet ou *totale*, c'est-à-dire d'un tour complet ou davantage. Il a été signalé des torsions de 2 ou 3 tours. La torsion incomplète a été signalée par Potain, Charcot : « L'anse colique a la forme d'un large cercle dont la partie terminale se continue au niveau de la fosse iliaque gauche avec le rectum placé en arrière de l'S iliaque de telle façon que le bout supérieur était placé au-dessous du bout inférieur ».

Les anciens auteurs considéraient cette position du côlon pelvien comme anormale mais les notions anatomiques actuelles nous font considérer cette topographie de l'anse colique pelvienne non comme un premier degré de volvulus, mais comme la disposition normale, dite côlon omega (Jonnesco).

La torsion complète constitue à proprement parler le volvulus. Potain en décrit 2 types par rapport à la position du rectum dans l'enroulement :

- a. Type rectum en avant.
- b. Type rectum en arrière.

Cette torsion se produit autour d'un point fixe qui est la troisième portion du colon pelvien, c'est-à-dire la portion recto-sigmoïde.

Dans la *variété rectum en avant*, la portion iliaque du colon passe derrière le segment présacré puis revient devant lui.

Dans la *variété rectum en arrière*, le segment iliaque passe au contraire devant le segment présacré pour le contourner sur son bord droit et s'enrouler derrière lui.

Dans le premier cas l'enroulement du côlon iliaque a lieu d'arrière en avant ; dans le second cas d'avant en arrière.

La variété rectum en avant est de beaucoup la plus fréquente (Liébaut).

Il peut arriver aussi que le pivot de torsion soit non pas la portion recto-sigmoïde du colon pelvien, mais une bride ou pont fibreux unissant le bout supérieur et le bout inférieur de l'anse pelvienne, due à une lésion du meso-côlon ou *meso-sigmoïdite*.

Les individus morts des suites d'un volvulus du colon pelvien présentent différentes lésions.

1° *Lésions mécaniques*. — A l'ouverture de la paroi abdominale on voit l'anse énorme, dilatée, formant le volvulus. Elle peut remplir toute la cavité abdominale, occuper les flancs, envahir l'épigastre, refouler le paquet intestinal en arrière et en bas.

L'on admettait autrefois que cette dilatation était due à l'hyperfonctionnement de l'organe. Chez certains gros mangeurs la stase des matières peut

amener à la longue un certain degré d'hypertrophie colique et produire un mégacolon.

Actuellement il est admis que la plupart de ces mégacolons sont d'origine congénitale, mais ils peuvent être dûs aussi à la striction du côlon pelvien et de son mésentère, striction qui provoque une dilatation considérable de l'anse colique. Cette dilatation atteint parfois des dimensions remarquables. Chez un malade de Melchiori, la circonférence de l'anse mesurait 40 centimètres.

Chez les malades qui font l'objet de nos observations II et III, les dimensions de l'anse tordue atteignaient celles d'une cuisse d'adulte.

Il n'existe généralement plus trace de bandes intestinales, ni de bourrelets épiploïques. Par suite de la distension de l'anse iliaque, le diaphragme est refoulé. On l'a vu atteindre la quatrième et même la troisième côte.

La compression du poumon et la diminution de la cage thoracique qui en résultent, expliquent les troubles respiratoires observés : dyspnée, arrêt des mouvements du diaphragme et mort par asphyxie.

Du reste les complications pulmonaires sont fréquentes et la pneumonie vient souvent s'ajouter au volvulus.

## *2° Lésions inflammatoires succédant à la torsion.*

Ces lésions intéressent le méso et l'anse. Le méso-colon participe naturellement à la torsion et dans la boucle intestinale il y a à la fois occlusion colique et striction du mésentère et de ses vaisseaux.

Le méso-côlon est infiltré, très épaissi ; entre ses deux feuillets il se produit des hématomes sous-séreux ; les artères sont souvent complètement oblitérées par la torsion, les veines thrombosées. La circulation empêchée dans le mésentère par la compression des vaisseaux, favorise la gangrène de l'anse intestinale. La péritonite par propagation ou perforation est presque constante.

L'anse présente des degrés différents de congestion et d'inflammation, depuis la couleur rouge plus ou moins foncée jusqu'à la couleur feuille morte, indice d'un sphacèle commençant.

Les tuniques de l'intestin sont très souvent hypertrophiées, parcourues de vaisseaux saillants ; elles sont quelquefois gangrenées, perforées, et les matières s'écoulent dans le péritoine.

L'anse présente donc toutes les lésions de l'étranglement intestinal.

Le siège d'élection pour les *perforations* est le sillon sus-jacent à la torsion. Il s'agit alors de *perforations gangreneuses*, ischémiques, comme on les observe, par exemple, au niveau des étranglements herniaires.

A côté de ce mécanisme, de beaucoup le plus fréquent, il peut y avoir *rupture par éclatement* de l'intestin, à distance de la stricture.

Nous ne connaissons jusqu'à présent que le cas cité par Esaü. Tout récemment, A. Chalier a pu en observer un bel exemple chez un aliéné, dont nous rapportons plus loin l'observation. A l'autopsie de ce malade, il trouva, en effet, une péritonite purulente

généralisée, due à l'existence de trois larges perforations à bords irréguliers, siégeant au sommet même de l'anse sigmoïde tordue, très loin de la stricture. De ces perforations, la plus vaste, intermédiaire aux deux autres, située comme elles vers le bord libre de l'intestin, mesurait 9 cent. de longueur sur 4 cent. de large. Elle était réunie à l'ulcération sus-jacente par un pont muqueux quadrilatère de 5 à 6 ct. de côté. Les bords de ces ulcérations n'étaient nullement gangrenés. De tels caractères suffisent bien à prouver la réalité dans ce cas, de *perforations diastatiques*, à distance de l'obstacle. Mais il semble que, pour que ces perforations soient possibles, il ne faut qu'un obstacle incomplet au cheminement des matières et des gaz qui, en s'accumulant dans l'anse tordue, finissent par produire son éclatement.

Les anses grêles sont aussi affaissées, débarrassées de leur contenu par les vomissements.

La cavité abdominale peut contenir une masse abondante d'exsudats pouvant être hémorragiques, louches, gris sâle ou verdâtres. Elle peut contenir aussi du pus et des matières fécales.

La séreuse péritonéale peut être enflammée, congestionnée; elle peut présenter aussi des tractus fibreux, des fausses membranes capables parfois d'englober les anses intestinales et de les réunir à la paroi abdominale rendant ainsi par ces adhérences la réduction impossible.

Le volvulus est ordinairement accompagné de phénomènes généraux infectieux dûs le plus souvent au coli bacille. Peu virulent à l'état normal, il peut

par suite de lésions de la muqueuse intestinale, diffuser dans le péritoine et provoquer en compagnie des agents microbiens qui pullulent avec lui dans l'intestin, des désordres très graves (Allard).

Dans le méso, les lésions de *méso-sigmoïdite* sont fréquentes. Le méso, normalement souple, mobile et flottant, se rétracte sur lui-même et est envahi par de véritables brides cicatricielles. La rétraction a lieu presque exclusivement dans le sens transversal, si bien que les 2 segments d'attache pelvienne, supérieur et inférieur, de l'anse sont de plus en plus rapprochés et finissent par être absolument accolés l'un à l'autre, en sorte que l'anse arrive à flotter « comme un bouquet à pédicule plus ou moins tenu, prêt à se tordre facilement » (Brehm).

Des adhérences en brides unissent souvent l'anse colique au cœcum, à la paroi abdominale, à l'intestin grêle.

Comme suite naturelle à ce chapitre, il nous paraît intéressant de publier une observation purement anatomo-pathologique, recueillie par le Dr A. Chalié dans le service de notre maître, le professeur Jaboulay, et qui offre, on le verra, quelques particularités d'ordre exceptionnel.

---

## OBSERVATION I

(Clinique de M. le Professeur JABOULAY). Dûe à l'obligeance du Dr A. CHALIER qui l'a présentée à la Société Nationale de Médecine de Lyon, le 29 avril 1912.

---

### *Volvulus du côlon pelvien avec perforations multiples de l'anse tordue.*

Il s'agit d'un aliéné d'une cinquantaine d'années, qui mourut à l'Hôtel-Dieu, dans les conditions suivantes :

Il fut amené de Bron à l'Hôtel-Dieu, le 18 avril au soir, pour des phénomènes d'occlusion sur la nature et le début desquels on n'avait aucun renseignement.

Le chirurgien de garde ne jugea pas urgent d'intervenir. Le lendemain matin, le ventre était fortement tendu, surtout dans la région péri-ombilicale mais relativement assez souple, on ne percevait pas de péristaltisme, il n'y avait pas eu évacuation de matières ; on ignorait s'il y avait eu émission de gaz, mais la miction se faisait bien, il n'y avait pas de vomissements, pas de fièvre, la température n'atteignait que 37° 8 ; le toucher rectal était négatif, l'état général et le pouls assez bon.

Bref, on ne crut pas à la nécessité d'une intervention immédiate. Cette opinion fut confirmée par ce fait que la mise en place d'une sonde rectale produisit une abondante évacuation stercorale. Le ventre se déballonna légèrement et pendant 48 heures l'état général semblait s'être amélioré quand, brusquement, dans la nuit du 21 avril, et sans que le malade, emprisonné dans une camisole de force, ait pu faire le moindre effort ou descendre de son lit, survinrent de l'agitation, des vomissements, du délire, des sueurs froides, du collapsus.

Le lendemain matin, les extrémités étaient froides, cyanosées, le ventre très ballonné, d'une sonorité tympanique, le pouls incomptable.

Malgré la gravité de cette situation désespérée, M. le Professeur Jaboulay se mit en mesure de pratiquer une cœcostomie et, sans la moindre anesthésie, il fit une laparotomie latérale droite.

Le ventre était plein de pus. Il était inutile de tenter autre chose, la plaie fut laissée ouverte, protégée par un vaste pansement. La mort survint quelques heures plus tard.

L'autopsie permit de reconnaître le siège et la nature de l'occlusion.

Il y avait d'abord *une péritonite purulente généralisée* à tout l'abdomen.

L'estomac et l'intestin étaient dilatés, hyperhémisés, recouverts d'exsudats purulents, de fausses membranes et même, dans la fosse iliaque droite, de matières fécales. Celles-ci provenaient de très larges perforations qui siégeaient sur une anse très volumineuse, très dilatée, occupant par sa partie la plus large, la plus étalée, la fosse iliaque droite et la région ombilicale.

Cette anse paraissait être, à priori, une anse grêle extrêmement dilatée, pleine de matières, et les larges perforations qu'elle présentait donnaient l'impression de ces vastes déchirures produites par un choc direct violent.

Mais, en réalité, il fut facile de se rendre compte qu'il s'agissait là de l'S iliaque anormalement flottante, anormalement développée, et qu'il y avait à son union avec le côlon descendant, en regard du bord interne du psoas gauche, vers l'articulation sacro-iliaque un volvulus qui était la cause de l'occlusion et de la péritonite par perforation.

Il s'était produit à ce niveau une torsion de 180° dans le sens des aiguilles d'une montre, de telle sorte que le segment rectosigmoïde passait en arrière de la jonction du colon descendant avec la première partie de l'anse oméga. Il fut facile de détordre ce volvulus et de voir le sens de la torsion.

A l'examen de cette anse sigmoïde remplie de matières très

abondantes, et longue de 50 à 60 centimètres, on ne constate aucune lésion au niveau même de la torsion ; par contre, il existe au sommet de l'anse trois volumineuses perforations allongées dans le sens de la longueur de l'intestin, à bords irréguliers. Une plus vaste, intermédiaire aux deux autres, et située comme celles-ci vers le bord libre de l'intestin, mesure 9 cent. de longueur sur 4 cent. de large. Elle est réunie à l'ulcération sus-jacente par un pont muqueux quadrilatère de 5 à 6 cent. de côté. Les bords de ces ulcérations ne sont nullement gangrenés. Il n'y a pas de trace de sphacèle en un point quelconque de l'anse sigmoïde.

Le méso n'est pas infiltré, œdemateux. Assez étalé du côté de la concavité intestinale, il est très rétréci dans la région où se produit le volvulus, au point que le bout supérieur et le bout inférieur sont presque en contact à ce niveau.

En cet endroit, on constate, en outre, sur le méso une plaque fibreuse étoilée, d'apparence ancienne, et correspondant vraisemblablement à un processus inflammatoire plus ou moins ancien.

Il s'est donc produit chez ce malade, à la faveur d'une anse oméga très longue, non accolée, et vraisemblablement aussi à la suite d'une inflammation sigmoïdienne plus ou moins latente avec méso-sigmoïdite rétractile, une torsion, un volvulus du côlon pelvien.

*Ce volvulus s'est compliqué d'une péritonite généralisée par perforations multiples de l'anse tordue.* Mais, contrairement à ce qui a lieu habituellement, la perforation ne s'est pas produite par ischémie au ras de la stricture, il ne s'est pas agi de perforations gangreneuses, mais de perforations diastatiques à distance de l'obstacle.

---



## CHAPITRE IV

---

### Etiologie

Le volvulus du côlon pelvien est relativement fréquent. Leichstenstern sur 76 cas de torsion intestinale en signale 45 sur le côlon pelvien et estime que le volvulus de l'S iliaque fournit le 40 pour cent des occlusions en général.

La notion âge a été considérée comme la plus importante, car c'est surtout chez les vieillards qu'on rencontre ce volvulus. Cette notion est fausse. Leichstenstern sur 34 cas, en a trouvé 20, entre 45 et 60 ans. Liébaut, en 1882, a relevé sur une statistique de 14 observations, 7 cas, entre 23 et 39 ans, et 4 seulement entre 49 et 60 ans.

D'assez nombreuses observations ont été publiées, qui concernent de jeunes enfants et même des nourrissons (Pescatore, Kredel). L'usage plus répandu de la laparotomie montre que le volvulus du côlon pelvien se produit à tout âge, sans prédilection pour la vieillesse. D'après les statistiques, le volvulus est plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Certains auteurs insistent sur l'importance de

l'alimentation, et incriminent surtout l'alimentation végétale, comme faisant une anse longue et mobile. Lenden soutient cette théorie et dit que l'alimentation presque exclusivement végétale est une cause prédisposante fréquente d'étranglement interne, chez les paysans russes.

Les travaux pénibles et les efforts abdominaux, ont pu parfois être cause de volvulus.

La constipation a été longtemps considérée comme la véritable cause du volvulus. Actuellement, cette théorie ne trouve guère de partisans. Si cela était vrai, le volvulus serait plus fréquent chez la femme, chez qui la constipation est la règle ; or, d'après les statistiques, c'est chez l'homme qu'on le rencontre le plus souvent. On ne s'expliquerait pas, du reste, que l'accumulation des matières fécales arrive à dilater l'intestin au point qu'il mesure parfois 65 centimètres de circonférence. Il y a une cause qui est prépondérante sur toutes les autres : c'est une *disposition congénitale*. Nous allons l'étudier dans le chapitre de la Pathogenie.

---

## Pathogenie

Pour certains auteurs (Léger, Rendu, Potain), la constipation habituelle serait la cause du volvulus. La constipation distend graduellement l'S iliaque, elle paralyse l'effort de contraction de ses fibres mus-

culaires ; le méso-côlon prend part à la distension ; le poids de l'S iliaque est augmenté, son ballonnement est plus facile, un mouvement brusque fait basculer l'anse et l'enroule sur elle-même (Rendu).

Donc, 2 facteurs : un allongement considérable de l'anse et de son méso, cause prédisposante ; un mouvement brusque, cause efficiente.

Potain, dans une leçon clinique à l'hôpital Necker, s'exprime ainsi :

« Le méso-côlon iliaque qui, dans les conditions ordinaires est très court et maintient l'intestin dans une situation presque invariable, présentant une longueur anormale, on peut supposer que par suite d'une constipation habituelle et des tiraillements qui sont la conséquence de la stase des matières, l'anse devenue plus mobile, en même temps qu'elle se distend et perd peu à peu de son énergie contractile, plonge dans le petit bassin ou s'étale transversalement de gauche à droite. Il suffit alors de la moindre cause, d'un mouvement brusque par exemple, pour que la partie supérieure de l'anse bascule, si elle est remplie de matières pesantes et qu'elle ne puisse reprendre sa place ».

Nous voyons donc qu'autrefois la plupart des auteurs admettaient que l'allongement du côlon pelvien était une affection acquise quand, par exemple, à la suite d'une constipation habituelle, l'anse se trouvait toujours remplie de matières fécales qui, par leur poids, tendent à tomber dans les parties déclivées en déterminant petit à petit une élongation de la portion du méso-côlon qui la supporte.

Actuellement, au lieu de considérer cet allongement nécessaire du côlon pelvien et de son méso, comme acquis et de le rapporter à la constipation, on doit le considérer comme congénital et lui attribuer les troubles intestinaux.

Le côlon pelvien n'est susceptible de s'enrouler sur lui-même que s'il présente une certaine longueur et se trouve pourvu d'un méso suffisamment long pour lui permettre une notable mobilité.

Curshmann, Beidder, Kock, Leichtenstern ont bien insisté sur ce point. Ni la constipation, ni le poids des fèces accumulées dans l'anse colique ne sont susceptibles de l'allonger au point qu'elle atteigne 76 centimètres. Cette anse colique très longue et très mobile n'est qu'une forme évolutive du côlon pelvien, une sorte de malformation congénitale car, chez l'adulte, le type normal du côlon pelvien est l'anse courte à court méso, ramassée dans la partie gauche et postérieure du bassin.

On conçoit facilement que cette anse très longue, ballottée par les modifications de volume des organes avoisinants, secouée par ses propres contractions, modifie à tout instant sa forme et soit susceptible sous une cause quelconque d'entrer en torsion et d'autant plus facilement que ses 2 points extrêmes d'attache : Partie inférieure de la fosse iliaque gauche, pour le segment supérieur ; aileron sacré gauche pour le segment inférieur, sont très rapprochés l'un de l'autre et peuvent anormalement non seulement se toucher, mais encore chevaucher l'un sur l'autre.

Duroux accorde une grande importance aux modifications d'orientation entre les deux premières portions (iliaque et sigmoïde) du colon pelvien et la troisième portion (recto sigmoïde).

Les deux premières sont, en effet, contournées naturellement, tandis que la troisième qui se continue avec le rectum est verticale.

Cet auteur a tenté sur le cadavre des expériences d'insufflation colique. Ayant introduit une canule dans la terminaison du colon descendant et empêché par une ligature toute colonne rétrograde de l'air, il remarqua sous l'influence de la distension du colon pelvien, une plicature d'autant plus visible que l'insufflation était poussée plus loin au niveau de la zone de raccord qui unit la deuxième portion oblique sigmoïde et la troisième portion verticale pelvienne.

Il est, en effet, facile de comprendre que, la portion recto-sigmoïde étant fixe, tandis que les deux premières portions iliaque et sigmoïde sont mobiles, une torsion des deux premières portions autour de la troisième soit facile lorsque aucune bride n'empêche en ce point l'enroulement, et si l'on a affaire à une anse longue ou à un long meso.

Toutefois, les contractions péristaltiques tendent par leurs ondulations successives à rétablir la perméabilité en ce point. Ceci permet d'expliquer la réduction des ébauches de torsion. En effet, tant que les fibres de l'intestin ne sont pas altérées, une détorsion automatique, par contraction musculaire, peut se produire, mais si, par suite de lésions de sigmoïdite ou par distension progressive de l'anse,

les parois intestinales s'altèrent, le muscle ne réagira plus et l'ébauche de torsion au lieu de rétrocéder s'accroîtra au contraire et produira un volvulus complet.

*Mégacolon.*— La longueur exagérée de l'anse ou de son méso est donc la principale cause du volvulus, mais il arrive aussi fréquemment que le volvulus est dû non à la longueur de l'anse, mais à sa circonférence qui est trop grande.

Cette affection appelée mégacolon ou maladie de Hirschprung, du nom de l'auteur qui le premier l'a bien décrite chez l'enfant en 1888, n'est pas très rare. Différents auteurs se sont occupés de cette question. M. Patel en a donné une description magistrale dans un rapport présenté au 6<sup>e</sup> Congrès de Gynécologie, Obstétrique et Pœdiatrie de Toulouse (Septembre 1910). Les professeurs Gayet et Patel en ont indiqué le traitement (*Lyon Chirurgical*, mars 1911).

Cette dilatation peut être totale, unisegmentaire, ou porter sur plusieurs segments. La dilatation unisegmentaire est la plus fréquente, et c'est surtout sur l'S iliaque qu'on la rencontre, M. Patel l'a rencontrée dans 91 cas sur 173.

Les dimensions de l'intestin peuvent être formidables, on a signalé des circonférences de 35, 50 et 65 centimètres.

On a fait plusieurs hypothèses sur cette affection mais actuellement on admet que le mégacolon est dû à une malformation d'origine congénitale que vient

révéler le fonctionnement du gros intestin (constipation opiniâtre, suivie de débâcles, météorisme).

Chez l'enfant la forme généralisée est la plus fréquente. Chez l'adulte au contraire, on rencontre surtout la forme segmentaire ; c'est celle qui nous intéresse car elle siège de préférence sur l'S iliaque et peut être la cause d'un volvulus. Les mégacolons, ont, en effet, par leur volume et leur longueur une tendance à la ptose et à la torsion.

La constipation agit comme cause secondaire. Les matières fécales, accumulées dans l'anse pelvienne, peuvent par leur poids, et sous l'influence d'un mouvement brusque ou d'un effort, déterminer un volvulus. Toutefois, il est nécessaire, pour que la torsion se produise, que l'intestin ait subi des altérations telles qu'il soit incapable de réagir et de s'opposer par ses contractions à la formation ou au maintien du volvulus.

*Mesosigmoïdite.* — La mésosigmoïdite mérite une place importante dans la pathogénie du volvulus du colon pelvien.

La mésosigmoïdite est, en effet, une affection chronique du meso-côlon pelvien dont la principale complication est le volvulus de l'anse pelvienne. D'après les différents auteurs qui ont étudié cette affection, la méso-sigmoïdite serait une péritonite localisée au mésocolon (Virchow) mais la pathogénie en est assez obscure. Pour Leichstenstern cette mé-sentérite serait d'origine fœtale, Biedel admet une mésentérite primitive, Ries cite un cas où la méso-

sigmoïdite était consécutive à un rétrécissement ulcéré du colon présacré.

W. Koch seul discute l'origine inflammatoire et considère la méso-sigmoïdite comme une exagération anormale du processus normal d'accollement et de rétraction que présente l'anse terminale du gros intestin dans sa philogénie et son ontogénie.

Enfin, pour certains auteurs, l'infection viendrait de lésions salpingiennes, de vésicules séminales enflammées.

Le méso-colon pelvien, normalement souple, se rétracte sur lui-même et est envahi par de véritables brides cicatricielles. Cette rétraction a lieu presque exclusivement dans le sens transversal. Tantôt on la rencontre seulement au pied de l'anse, tantôt sur toute la hauteur de l'anse hypertrophiée.

Aux racines même du colon pelvien elle est toujours maxima si bien que les deux segments d'attache pelvienne supérieure et inférieure de l'anse sont de plus en plus rapprochés et finissent par être absolument accolés l'un à l'autre dans la partie gauche et postérieure du bassin.

Là, l'anse subit un double rétrécissement et de ce fait subit une dilatation générale.

Dans un premier degré (Riedel), le méso-côlon pelvien se présente comme un éventail plus ou moins large à son attache colique et qui va se retrécissant jusqu'à ses racines d'insertion pelvienne. L'anse pelvienne étalée plus ou moins par son bord libre est rattachée au bassin par un pied très étroit, formé par ses deux extrémités accolées.

Dans un deuxième degré, la rétraction porte sur toute la hauteur du méso et l'anse colique toujours rattachée par un étroit pédicule au bassin, est formée de deux segments parallèles accolés l'un à l'autre, comme les canons d'un fusil (Riedel).

L'anse colique est toujours dilatée. Le volvulus est fréquent.

L'on conçoit facilement que cette anse dilatée, étroitement pédiculée sur la partie gauche du bassin, puisse se tordre sur son axe vertical.

En résumé, la forme anatomique du côlon pelvien est le facteur essentiel à considérer, soit que l'on ait affaire à une anse longue ou à un long méso, soit que l'on se trouve en présence d'une anse dilatée ou méga-côlon. Il y a donc une prédisposition congénitale au volvulus du côlon pelvien. Nous avons vu aussi que la méso-sigmoïdite joue un très grand rôle dans la pathogenie du volvulus.

La cause occasionnelle du volvulus est toujours un mouvement brusque ou un effort qui provoque un déplacement soudain des organes abdominaux. La grossesse peut y prédisposer, car l'utérus dans son développement abdominal peut entraîner le côlon pelvien.

Melchiori a démontré qu'une fois la torsion produite, la distension de l'anse par les liquides et par les gaz augmente l'enroulement. Le côlon pelvien, que son augmentation de volume fait monter dans l'abdomen, serre lui-même toujours davantage le nœud qui l'occlutionne.

La paroi abdominale joue aussi un rôle capital,

car l'on a remarqué qu'une fois la paroi ouverte, l'anse colique tordue se remet au d'elle-même en position normale.

Melchiori l'a nettement prouvé par ses expériences. Cet auteur, insufflant des côlons pour réaliser des torsions, n'arrivait à en déterminer qu'en remplaçant la paroi abdominale par une étoffe tendue comme elle. Une fois, l'étoffe ouverte, la détorsion se produisait d'elle-même. Du reste, la laparotomie simple a suffi quelquefois à produire la détorsion du volvulus.

La distension progressive de l'anse ainsi que les mouvements péristaltiques désordonnés qu'elle présente tout d'abord pour vaincre l'obstacle, sont les causes de la torsion progressive et des volvulus à deux ou trois tours complets.

En outre des formes simples de volvulus du côlon pelvien, on peut aussi trouver des formes dans lesquelles ce volvulus se combine avec d'autres torsions de l'intestin.

Duroux, a récemment décrit dans les torsions du côlon transverse des torsions associées au volvulus de l'S iliaque.

Le méso du côlon transverse se fixe d'une façon presque définitive, au péritoine pariétal postérieur au niveau des angles hépatique et splénique du côlon. Dans le reste de son étendue, son feuillet supérieur s'applique directement sur le grand épiploon. La mobilité de ce méso est donc solidaire de celle du grand épiploon, tandis que les angles splénique et hépatique constituent les points fixes. Si,

au lieu de s'accoler, la portion splénique du méso-côlon transverse reste flottante avec un méso, celui-ci ne restera fixé que par son angle hépatique. Une torsion de la partie terminale du côlon transverse, sera donc possible.

Dans ces conditions, un volvulus de l'S iliaque entraînant le côlon descendant, pourra aussi mobiliser dans sa torsion un angle colico-splénique mal fixé et une grande partie du côlon transverse (Duroux).

Les torsions transverses associées au volvulus de l'S iliaque, comprennent ordinairement la portion terminale du côlon transverse. Pour réaliser ces torsions, il faut une anomalie de développement péritonéal qui, au lieu de fusionner les feuilletts du méso primitif avec le péritoine pariétal postérieur, laisse ces feuilletts flottants et mobiles.

---



## CHAPITRE V

---

### 1. — Etude clinique

Si nous admettons qu'une certaine disposition anatomique est nécessaire pour la production d'un volvulus, on comprendra que le volvulus du colon pelvien est une de ces maladies dont le début est difficile à préciser.

L'étude des antécédents chez un malade atteint de volvulus montre que celui-ci a rarement un début brusque et que, pour se constituer définitivement, il lui faut un temps plus ou moins long.

Des malades, depuis longtemps sujets à des crises de constipation, voient leurs crises se succéder à des intervalles plus courts et se prolonger de plus en plus. Ils digèrent mal, vomissent quelquefois, puis la crise de constipation s'accroît et s'accompagne de phénomènes généraux inquiétants. Presque toujours on rencontre chez ces malades des attaques antérieures d'étranglement interne, douleurs abdominales, constipation opiniâtre suivie le plus souvent d'une débâcle accompagnée de gargouillements et de mouvements intestinaux énergiques.

Ces alternatives de constipation et de diarrhée nous mèneront jusqu'au jour où, à la suite d'un vomissement brusque, d'un effort, d'un exercice un peu violent, le malade éprouvera une vive douleur localisée souvent dans la fosse iliaque gauche et présentera tous les signes d'un volvulus confirmé.

Lorsque le volvulus est constitué, l'on voit se former rapidement tous les symptômes de l'occlusion intestinale (arrêt des matières et des gaz, vomissements, météorisme abdominal, troubles urinaires, auto-intoxication, douleur, facies grippé, sueurs froides, collapsus, hypothermie, dyspnée, dépression cardiaque, faiblesse du pouls et tachycardie, etc..). Certains signes ont cependant une importance marquée, nous allons étudier successivement les signes fonctionnels, les signes objectifs et les signes fournis par l'exploration directe.

**Signes fonctionnels.**— Le principal de ces signes est la douleur. Celle-ci est ordinairement, au début, localisée à gauche, dans la fosse iliaque et dans le bassin, mais elle ne tarde pas à se diffuser dans tout l'abdomen, monte vers l'ombilic, suit le trajet des colons, envahit la région lombaire. Potain cite un cas de volvulus dans lequel la douleur initiale ne se produisit pas. Ordinairement, c'est une douleur lancinante présentant des rémissions et des exacerbations, s'exagérant par la pression en un point fixe. Son intensité est variable ; sourde dans quelques cas, elle revêt dans d'autres une telle violence que le malade pousse de véritables hurlements.

On peut le plus souvent tirer de son siège des indications précieuses pour le diagnostic. C'est à l'endroit même où s'est produite la torsion que la douleur a son point de départ.

*Vomissements.* — Les vomissements sont inconstants et peuvent ne se montrer que tardivement. Comme dans les autres occlusions intestinales, ils sont d'abord alimentaires, bilieux, puis deviennent fécaloïdes. Ils peuvent n'avoir que très peu et même pas du tout le caractère stercoral (Allard); au début ces vomissements sont faibles, puis ils deviennent hoqueteux et pénibles.

La constipation est absolue, aucun gaz ne sort plus par l'anus. Si après un lavement énergique quelques matières sont rejetées, ces petites évacuations cessent bientôt.

On a constaté souvent du ténésme rectal.

**Signes objectifs.** — *Météorisme.* — Le météorisme est le plus important des signes objectifs. Roux en 1887 avait signalé chez un de ses opérés de volvulus du colon pelvien, la présence d'une bosse au niveau de la fosse iliaque gauche.

En 1889, Von Wahl parla de la dilatation de l'anse sus-jacente (Diag. des occl. int. par étranglement ou torsion. *Cent. für Ch.* 1889, p. 159), et il dit à ce propos : « Au-dessous de l'obstacle, l'intestin est vide, surtout si les vomissements sont fréquents. Seule, l'anse tordue se distend, produisant le météorisme; le siège de cette anse serait alors délimité par la vue, par la percussion et surtout la palpation.

L'examen se fait sous le chloroforme si l'abdomen est très distendu. On peut alors sentir profondément fixée l'anse distendue à gauche de la ligne qui va de la symphyse à l'ombilic ».

La constatation du signe de Von Wahl, si elle est faite de bonne heure, pourra aider grandement à la détermination du siège de l'obstacle, mais c'est surtout dans la fosse iliaque gauche que se produit ce météorisme.

D'après Potain, Léger, il serait médian et sus-ombilical, d'après Melchiori, il siègerait à l'épigastre ou dans les fosses iliaques.

Bayer a récemment insisté sur la forme spéciale du météorisme : « Le ventre du malade semble refoulé dans sa moitié supérieure vers la gauche et dans sa moitié inférieure vers la droite », cette forme serait caractéristique du colon pelvien.

Lecène a signalé un cas où le météorisme avait un aspect particulier. « Sur la ligne médiane, depuis l'appendice xyphoïde jusqu'au pubis, on apercevait une voussure régulière, étranglée à sa partie moyenne et présentant dans son ensemble l'aspect d'un volumineux sablier. »

Ce météorisme sonore à la percussion, présente une particularité signalée par Kiwul (ballon symptom de Kiwul). Cet auteur a décrit sous le nom de « ballon symptom », la sonorité spéciale de l'anse dilatée. Pendant sa percussion, l'auscultation au stéthoscope permet de percevoir un son métallique très net, analogue à celui que provoque la percussion d'un ballon en caoutchouc. D'après Kiwul, ce signe

serait caractéristique du volvulus, car il l'a observé 8 fois sur 8.

Tedenat préconise la percussion très en arrière dans le retro-flanc. La percussion permet de constater parfois une sonorité, un tympanisme exagéré dans le retro-flanc à gauche et à droite (Th. Trabut).

En s'exagérant, ce météorisme a des tendances à diffuser, à se porter vers la droite, vers l'épigastre, refoulant en haut le diaphragme. Le colon-pelvien atteint des dimensions considérables à cause des gaz et des liquides exsudés dans son intérieur. L'anse dilatée comme dans tous les étranglements vrais ne présente aucun mouvement péristaltique, sa musculature par suite de la striction des vaisseaux et des nerfs est rapidement paralysée.

*Épanchement intra-péritonéal.* — Cet épanchement peut exister sans trace de péritonite et présenter les caractères d'un liquide sanguinolent ou rarement séreux (Allard).

Camichel a fait sur le chien des expériences qui lui ont permis de conclure qu'une simple ligature de l'intestin ne détermine pas d'épanchement et qu'il faut pour que celui-ci se produise qu'une anse toute entière soit comprise entre deux ligatures.

Le volvulus agit de cette façon et la percussion par la présence d'une matité ou d'une sub-matité en un point quelconque de l'abdomen, révèle un épanchement intra-péritonéal.

Si cette matité manque, il est inutile et même dangereux d'aller à la recherche du liquide, comme

le recommande Cahier (Occl. aigues de l'intestin) au moyen d'une seringue de Pravaz à aiguille très fine.

Cette manœuvre risque d'exposer le malade à une perforation de l'intestin.

L'épanchement intra-péritonéal peut se trouver du reste dans toutes les occlusions, il n'est pas spécial au volvulus du côlon pelvien.

Comme autre signe objectif, on a signalé l'œdème de la muqueuse rectale.

Signes fournis par l'exploration directe. — On a considéré pendant longtemps que les injections d'eau dans le rectum, pouvaient donner des renseignements utiles. Si le volume de l'eau introduite est de 1 litre à 1 litre et demi, l'obstacle siège, disait-on, sur l'S iliaque, s'il est supérieur à 1 litre et demi, il est situé plus haut. Ce procédé n'a malheureusement aucune valeur réelle, car le calibre et la longueur du rectum et du gros intestin varient suivant les individus.

Velpeau, Briquet et Trèves ont préconisé l'auscultation du gros intestin au moment de l'injection du liquide; si l'on entend des gargouillements au niveau du cœcum, c'est une preuve qu'aucun obstacle ne siège sur le trajet de l'S iliaque.

Simon avait conseillé l'introduction de la main dans le rectum après anesthésie du malade. Cette méthode a été abandonnée à cause des dangers qu'elle fait courir.

Le toucher rectal ne donne pas de renseignements utiles.

Le meilleur moyen d'exploration est celui de la sonde. L'impossibilité d'introduire une sonde constitue le meilleur signe d'exploration.

Toutefois, la sonde ne peut renseigner que sur les obstacles siégeant dans le rectum ou dans la première portion de l'S iliaque, car, quoique Wachsmuth ait prétendu qu'une sonde pouvait atteindre la valvule iléo-cœcale, Simon, de Heidelberg, a montré qu'elle est arrêtée par la portion sigmoïde.

---

## II. — Évolution et Pronostic

Si l'on abandonne la maladie à elle-même, l'on voit s'aggraver les différents symptômes, et la mort en est la terminaison.

Le plus souvent, la mort est due à une *péritonite* avec ou sans *perforation*.

Chez certains malades incapables de supporter l'énorme distension de l'abdomen, on voit apparaître la dyspnée ; si le cœur est mauvais, l'asphyxie se déclare et amène progressivement la mort.

Enfin, les *complications pulmonaires* (pneumonie) ou le *collapsus*, peuvent amener une fatale terminaison.

Le pronostic est moins sombre, depuis que les chirurgiens interviennent de bonne heure, mais chez les malades opérés tardivement, la mortalité est très grande.

A côté de ces formes à terminaison brusque qui sont caractéristiques du volvulus vrai, il nous faut signaler les *étranglements incomplets*. Ceux-ci se produisent pendant des années et ne se font remarquer que par des crises de constipation, puis l'intestin revient de lui-même à son état normal. A la longue, l'étranglement s'accroît, les parois intestinales ne réagissent plus et l'ébauche aboutit un jour à un volvulus complet.

---

### III. — Diagnostic différentiel

Le diagnostic de cette affection est difficile tant qu'elle n'est qu'à l'état d'ébauche. L'on peut penser à une crise de colite ou à un début de néoplasme.

Lorsque l'occlusion est complète, il faudra surtout tenir compte des caractères du météorisme et du point de départ de la douleur.

On éliminera d'abord les hernies par l'examen des trajets où l'on a l'habitude de les rencontrer.

On ne confondra pas avec une péritonite aiguë. Dans la péritonite aiguë, la douleur est plus superficielle et plus vive, la maladie débute par un frisson, l'hyperthermie est très accusée, les vomissements sont porracés. Dans le volvulus, la douleur est localisée en un point ; au début, l'hypothermie n'est pas rare, les vomissements deviennent fécaloïdes.

Dans l'invagination, la perception d'une tumeur,

la présence de selles sanglantes sont des signes importants qui la différencient du volvulus.

Le diagnostic d'un volvulus avec un rétrécissement cancéreux, dû à un néoplasme recto-sigmoïde, est plus difficile. Il faut alors tenir compte des antécédents héréditaires, de l'âge, de l'aspect cachectique du malade, de la présence d'une tumeur plus ou moins perceptible au toucher rectal.

Dans le néoplasme, le météorisme n'est pas aussi étendu que dans le volvulus ; on remarque des contractions péristaltiques, tandis que dans l'anse étranglée à ses deux bouts par volvulus, les contractions sont presque toujours absentes.

En outre des rétrécissements néoplasiques, on peut avoir affaire à des rétrécissements cicatriciels ou inflammatoires (syphilitiques surtout). Ces rétrécissements sont situés plus bas et l'interrogatoire du malade, les renseignements fournis par le toucher permettront ordinairement d'en déterminer l'origine.

---



## CHAPITRE VI

---

### Thérapeutique

La thérapeutique du volvulus du côlon-pelvien comprend deux traitements :

- 1° Le traitement médical ;
- 2° Le traitement chirurgical.

I.— *Traitement médical.* — Le traitement médical ne peut réussir que dans les volvulus incomplets ou ébauches de torsion.

Le malade devra être mis au repos. Diète absolue. Morceaux de glace à sucer ou à avaler. Injections de sérum.

On ne donnera pas de purgatifs qui ont une tendance, par le péristallisme *exagéré* de l'intestin qu'ils provoquent, à rendre plus complète la torsion. On administrera au contraire de l'opium qui a l'avantage de faire cesser la douleur, d'arrêter les vomissements et d'immobiliser l'intestin.

Le lavage d'estomac présente aussi des avantages, il diminue la pression intra-abdominale, débarrasse l'estomac des matières fécales qu'il contient, diminue

le météorisme, soustrait de l'organisme les substances capables de produire des phénomènes d'auto-intoxication et amène une détente générale des accidents.

Boudet a vulgarisé les lavements électriques qui amènent une résorption des gaz par la muqueuse intestinale, d'où diminution du météorisme et augmentation des contractions de l'intestin, permettant le déplacement et la détorsion de l'anse intestinale.

Prioleau a préconisé les lavements gazeux associés à la médication opiacée ; joints au massage abdominal, ces lavements gazeux peuvent amener la détorsion.

Les injections forcées peuvent produire aussi de bons effets. Tillaux d'abord, Prioleau ensuite les ont recommandées. On fait pénétrer lentement dans le rectum un mélange d'eau tiède et de glycérine dans les proportions de 10 0/0. On doit avoir soin de masser l'abdomen de façon à réveiller la contractibilité musculaire de l'intestin. L'eau ainsi introduite agit par sa masse et par sa température.

Tous ces moyens médicaux peuvent donner de bons résultats lorsque la torsion n'est pas très prononcée et lorsque l'intestin est encore en état de réagir et de se contracter sous l'influence des diverses excitations que nous venons de signaler. Mais, lorsque l'on se trouve en présence d'un volvulus complet, le seul traitement rationnel et qui puisse vraiment être efficace, est le traitement chirurgical, à condition toutefois que le chirurgien intervienne de bonne heure.

II.— *Traitement chirurgical.*— L'intervention chirurgicale n'est généralement décidée que lorsque les symptômes d'occlusion sont nettement dessinés, et la plupart du temps *c'est une intervention d'urgence.*

Diverses opérations ont été pratiquées. Ce sont : la laparatomie simple, la laparatomie avec détorsion, la colopexie, l'anus contre nature, la colo-anastomose, l'exclusion, l'extériorisation, la résection.

*Laparotomie simple.* — La laparotomie simple se fait souvent en l'absence de diagnostic, lorsque l'on a affaire à des signes d'occlusion intestinale. Une fois la paroi ouverte, deux cas peuvent se présenter :

1<sup>o</sup> Le chirurgien s'en tiendra à la laparotomie simple.

2<sup>o</sup> Le chirurgien fera une intervention complémentaire.

La laparotomie simple sera suffisante lorsque le volvulus est compliqué de péritonite ou de perforation, car dans ces cas, il serait dangereux de faire des manœuvres capables de diffuser l'infection péritonéale.

Dans d'autres cas, l'ouverture de la paroi suffit pour faire disparaître la torsion et de ce fait le météorisme qui l'accompagne. Ce phénomène, dont Melchiori a fourni l'explication par ses expériences, s'est produit quelquefois.

*Laparotomie suivie de détorsion.*— La détorsion qui suit la laparotomie a pour but de rétablir la perméabilité de l'intestin. Pour détordre le volvulus il est

d'abord nécessaire d'extérioriser l'anse pelvienne, car l'on doit se rendre compte du sens de la torsion pour pouvoir détordre.

Le volume de l'intestin peut gêner considérablement et si la résistance à la détorsion est trop grande il faut évacuer l'intestin des liquides et des gaz qu'il renferme. Pour cela, on a le choix entre trois procédés :

1° Incision de l'anse (procédé de Madelung);

2° Ponction capillaire de l'anse ;

3° Introduction d'une sonde dans le rectum.

L'incision de l'anse a l'avantage de produire immédiatement l'affaissement de l'intestin ; par contre, cette pratique est dangereuse à cause des accidents infectieux qui peuvent se surajouter.

Par la ponction capillaire, l'évacuation est moins rapide, mais le danger est moins grand. Prioleau a préconisé cette méthode. Elle a été employée par Delore, qui en cite les bons effets (*Gazette hebdomadaire*, décembre 1899).

Ces deux procédés ont des inconvénients et l'introduction d'une sonde dans le rectum, est de beaucoup préférable. M. le Professeur Jaboulay a employé cette méthode dans l'intervention qu'il pratiqua chez le malade, qui fait l'objet de l'observation II. L'introduction d'une sonde œsophagienne dans le rectum jusqu'au dessus du raccord recto-sigmoïde, amena une émission gazeuse bruyante suivie de l'affaissement de l'S iliaque.

Il faut tirer vers le haut l'anse pelvienne, on voit s'effacer le pli et la coudure, les gaz s'échappent.

L'évacuation se fait aussi rapidement que par l'incision de Madelung et l'on évite l'infection possible avec les autres procédés.

Une fois la détorsion produite, l'anse peut rester dans sa position normale, mais elle peut aussi se tordre à nouveau.

Lecène a cité dans la *Revue de Chirurgie*, de 1910, un cas de volvulus 3 fois récidivant.

Obalinski, dans une statistique de 15 cas de volvulus de l'anse oméga opérés par lui, cite 4 récidives. Foote, Küster, Roux (de Lausanne), firent jusqu'à trois laparotomies sur le même malade atteint de volvulus récidivant. Bergmann, von Eiselsberg, Frommer, Steinthal ont publié chacun un cas de récurrence survenue plus ou moins longtemps après une laparotomie suivie de détorsion simple.

Les causes de récurrence sont assez mal connues ; on peut cependant indiquer comme principales causes :

1° La longueur anormale de l'anse pelvienne ou de son méso. En effet, une fois l'anse détordue, il reste toujours dans la cavité abdominale une anse trop longue ou trop dilatée qui, à la suite d'un effort ou sous l'influence de pressions intrinsèques dues aux gaz ou aux matières, ne tardera pas à se tordre à nouveau ;

2° Les adhérences par sigmoïdite sont aussi un facteur très important de récurrence. Roux, dit à ce propos : « Toutes les fois qu'une torsion d'une anse intestinale a persisté pendant plusieurs jours, on trouvera le mésentère infiltré, épaissi, condensé en une sorte de pédicule. Cette infiltration du mésentère

tère persiste quelque temps, puis elle est suivie d'une rétraction cicatricielle perpendiculaire aux vaisseaux mésentériques, en sorte que toute l'anse continue à flotter comme un bouquet à pédicule plus ou moins tenu, prête à se tordre de nouveau ».

Pour empêcher toute nouvelle torsion, certains auteurs ont essayé de fixer l'anse en bonne position par la *colopexie*.

Nüsbaum et après lui, Roser, essayèrent de fixer l'anse au péritoine pariétal. Ils fixèrent à la paroi abdominale, par quelques points de suture, le sommet de l'anse sigmoïde tordue. Cette méthode est passible de reproches, car cette fixation sur une petite étendue ne mettra nullement à l'abri d'une récurrence de volvulus qui pourra se faire autour d'elle, comme axe.

Roux, de Brignoles, fait une double fixation, l'une au niveau de l'angle du point de torsion, l'autre au niveau de l'angle colique gauche.

Roux, fit la *méso-colopexie* (fixation large du mésocolon sigmoïde au péritoine pariétal).

La méso-colopexie de Roux, est meilleure que la simple colopexie, mais elle peut produire des douleurs secondaires ; de plus, son exécution demande un certain temps et n'est pas toujours possible chez les malades affaiblis où il faut aller vite (Lecène).

La rétraction du méso, par suite de méso-sigmoïdite, peut empêcher la réalisation de la méso-colopexie. Dans de pareils cas, Schwartz et Villar ont fixé le colon transverse à la paroi.

On a eu recours aussi aux *plicatures*, procédé des-

tiné à diminuer le volume de l'intestin et à augmenter sa rigidité par formation d'un ou de plusieurs plis longitudinaux.

Malgré tout, la laparotomie simple suivie de détorsion peut suffire dans beaucoup de cas, comme en témoigne l'observation suivante :

---

## OBSERVATION II

Observation de la Clinique Chirurgicale de M. le Prof. JABOULAY

---

Cette observation concerne un homme de 68 ans, veilleur de nuit, qui avant d'arriver dans le service pour une occlusion présentait depuis l'âge de 50 ans, des séries de crises intestinales, s'accompagnant de l'arrêt des gaz, d'un tympanisme douloureux et se terminant au bout de deux ou trois jours, par une évacuation de glaires, parfois sanguinolentes, puis ensuite de matières fétides.

En novembre 1910, à l'occasion d'un coup de froid, une crise survint plus forte que d'habitude. La rémission, loin d'apparaître céda la place à une obstruction de plus en plus marquée, qui fit admettre le malade à l'Hôtel-Dieu.

A l'examen du malade, on constate, à l'entrée, une tuméfaction considérable du ventre, dont l'hypertrophie est surtout marquée à gauche de la ligne médiane. Cette distension est telle que le malade respire avec peine et ne peut supporter un examen dans la position étendue. Le toucher rectal est négatif.

Les traits du malade sont tirés, le facies un peu jaune. Pourtant, l'embonpoint est relativement conservé. Devant la persistance de l'occlusion, une laparotomie latérale droite est pratiquée le 22 novembre 1910, par M. le Professeur Jaboulay. Le gros intestin s'extériorise aussitôt, atteignant un degré de distension inusité. En présence de pareilles lésions, M. le Professeur Jaboulay agrandit, par une large incision transversale, la plaie de laparotomie droite. L'anse surdilatée, qui correspond au côlon pelvien, et qui présente les dimensions d'une cuisse d'adulte peut être extériorisée entièrement. On reconnaît sa torsion en même temps que la présence dans le méso de trainées blanches cicatricielles, indices certains d'une méso-sigmoïdite et cause probable de la torsion. La détorsion ne pût être pratiquée qu'après l'introduction par un aide d'une sonde œsophagienne dans le rectum, ce qui amena une émission gazeuse bruyante, suivie de l'affaissement de l'S iliaque.

L'intestin détordu fut réintégré et la suture hermétique de la paroi fut pratiquée. Les suites opératoires furent simples, à part une éviscération mécanique survenue au septième jour et dont on fit la cure.

Le malade présente, à l'heure actuelle, un excellent état fonctionnel. Il n'a plus aucune crise, il a repris son embonpoint et on peut le considérer comme guéri, puisque ce résultat date aujourd'hui de près de 2 ans.

*Anus contre nature.* — En présence d'une occlusion, la fistulisation de l'intestin paraît devoir être l'intervention de choix. D'une exécution facile et rapide, elle semble devoir amener une sérieuse amélioration des douleurs. Malheureusement il n'en est rien, lorsqu'on a affaire à un cas de volvulus. En effet, les *colostomies iliaques gauches* pratiquées sur la partie dilatée sont dangereuses et inutiles ; les

parois intestinales épaissies et paralysées se prêtent mal aux sutures et à l'adhésion au péritoine pariétal. De plus, elles sont incapables d'évacuer à travers l'anus artificiel, les matières durcies qui remplissent l'anse. Il est donc préférable de pratiquer une *cœcostomie*, plus efficace puisqu'elle est plus loin du siège de l'occlusion.

Cependant, le volume de l'anse pelvienne peut être tel qu'il est difficile de découvrir le cœcum, et le chirurgien s'expose à faire un anus non pas sur le cœcum, mais sur le bout inférieur de l'S iliaque elle-même que la torsion a reportée à droite du ventre.

M. le Professeur Jaboulay a fait cette remarque, à la Société Nationale de Médecine de Lyon (16 janvier 1912). On peut être amené alors, par suite de l'insuffisance du premier anus, à faire un anus dans la fosse iliaque gauche. Celui-ci, siégeant sur le bout supérieur de l'S iliaque, fait cesser l'obstruction et amène la fermeture spontanée du premier anus établi dans la fosse iliaque droite.

Certains auteurs, Duval en tête, répugnent à cette chirurgie en plusieurs temps. Ils lui reprochent de créer une infirmité repoussante et d'obliger ultérieurement à une cure radicale dont la mortalité est encore sérieuse.

Dans les cas de volvulus de l'S iliaque ou de méga-côlon où il a été fait les deux anus contre nature successivement à droite, puis à gauche, et quand le droit s'est oblitéré et qu'il ne reste que l'anus iliaque gauche, il ne faut pas chercher à opérer et à reséquer ce dernier. La torsion, en effet, persiste

à l'état définitif parce qu'elle est fixée par la cicatrice de l'anus iliaque droit. L'anus iliaque gauche devient dans ce cas, la soupape de sureté, nécessaire contre de nouveaux incidents d'obstruction. Cette occlusion ne manquerait pas de survenir à nouveau sous l'influence de la cause qui l'a antérieurement produite et qui reste (Prof. Jaboulay, *Lyon Médical*, Février 1911).

Nous publions à la suite de ce mode de traitement, l'observation d'un malade opéré par M. le Prof. Jaboulay. Cette observation nous paraît intéressante à un double point de vue : elle permet à M. le Prof. Jaboulay de montrer que la laparotomie droite peut amener, dans les cas de volvulus, à créer un anus contre nature, non pas sur le cœcum mais sur l'S iliaque; ensuite elle donna l'occasion à notre maître de pratiquer, suivant sa méthode, une extériorisation de l'anse pelvienne.

En effet, M. le Prof. Jaboulay pour parer à l'insuffisance de l'anus artificiel, crée dans une première intervention (3 juillet 1909), fit le 23 octobre 1909 une seconde laparatomie sur le bord externe du grand droit gauche. A l'ouverture de l'abdomen il constata une anse pelvienne fortement distendue. Il pratiqua sur elle un nouvel anus contre nature et au lieu de refermer l'anse, il la fixa à l'extérieur vers la crête iliaque gauche, faisant ainsi une *exosigmoïdopexie*. Les résultats furent très heureux car il se produisit une régression telle que l'anse pelvienne qui était énorme, le 23 octobre 1909, époque de l'intervention, ne formait plus en décembre 1909 qu'une tumeur du volume du poing.

### OBSERVATION III

(Observation de la Clinique chirurgicale de M. le Prof. Jaboulay)

---

Cette observation concerne un malade J. A..., berger, âgé de 65 ans, qui entre dans le service de M. le Prof. Jaboulay le 1<sup>er</sup> juillet 1909.

Dans ses antécédents, on ne trouve rien à signaler qu'un état de constipation habituelle avec parfois des crises de colique s'accompagnant d'arrêt brusque des matières et des gaz. La crise passée, le malade reprenait ses occupations. Cependant trois mois avant son entrée, une forte crise intestinale ne fut suivie que de rémission incomplète et l'obstruction intestinale s'établit progressivement.

Lorsque le malade vint à l'Hôtel-Dieu, on constatait une distension énorme du ventre avec une dilatation plus marquée au-dessus de la fosse iliaque gauche. La palpation de ce chef est rendue très difficile; on constate simplement à la percussion un tympanisme marqué. Le toucher rectal est négatif. On fait le diagnostic d'obstacle siégeant sur l'S iliaque.

Les phénomènes d'obstruction s'étant soudain exagérés et des vomissements fécaloïdes s'étant produits, M. le Prof. Jaboulay procède le 3 juillet à une laparotomie latérale droite. Une anse énorme se présente qui paraît être le cœcum. on fait un anus artificiel, par lequel on recueille, en exprimant tout le côlon, 6 kilog. de matières semi-liquides.

Suites immédiates simples. Le météorisme diminue considérablement. Au bout de deux mois, l'anus se referme spontanément, l'obstruction se reproduit aussitôt. Elle cesse grâce à la dilatation de l'orifice. De pareils incidents se renouvellent deux ou trois fois, rendant compte manifestement de l'insuffisance de l'anus, que l'on supposait cœcal.

Le 23 octobre 1909, M. le Prof. Jaboulay fait une seconde laparotomie sur le bord externe du grand droit gauche. On constate que la totalité du ventre est occupée par la fin du côlon descendant et l'S iliaque, dont les dimensions atteignent celles d'une cuisse d'adulte. Le méso de l'S iliaque présente une longueur de 20 à 30 centimètres, permettant toute l'extériorisation du côlon pelvien, qui se montre tordu sur lui-même, expliquant ainsi l'insuffisance du premier anus, fait non sur le cœcum, mais sur le bout inférieur de l'S iliaque, que la torsion a reporté à droite du ventre. Pour ne pas prolonger l'intervention, la masse intestinale est laissée au dehors, sous forme d'une anse en V, que l'on ouvre à son sommet. Cet orifice est fixé à la peau, loin de la plaie de laparotomie, qui est suturée presque entièrement.

Une régression progressive de l'intestin se produisit de telle sorte qu'en décembre 1909 il ne formait plus qu'une tumeur du volume du poing. Dans l'intervalle, de fréquents lavages furent réalisés ; ces lavages rectaux ascendants ressortaient par l'anūs droit avant d'arriver à l'anūs gauche, ce qui démontrait bien l'existence de la torsion.

Le 20 janvier 1910, l'anūs cœcal, étant supprimé de lui-même, le malade demandait à être débarrassé de son anus iliaque ; la cure radicale en fut donc pratiquée. La mort survint quelques jours après. L'autopsie ne fut pas autorisée.

*Entéro-anastomoses.* — Toutes les fois que l'état du malade n'est pas inquiétant, on a une tendance à substituer à l'anūs artificiel l'entéro anastomose.

On l'a réalisée entre les deux branches de l'anse oméga (Schneider, Winiwarter, von Bergmann) entre la terminaison de l'iléon ou le cœcum et la branche efférente de l'anse (Schulten).

De tous ces procédés, le premier paraît être le procédé de choix si l'on a affaire à une méso-

sigmoïdite qui rapproche, par rétraction du méso, le bout afférent et le bout efférent de l'anse pelvienne.

Seule l'entéro-anastomose pourra rétablir la perméabilité intestinale, car la détorsion ne suffit pas tant le rétrécissement est serré.

*Résections.* — La résection de l'anse pelvienne est l'intervention la plus complète et la plus radicale de celles qui ont été tentées pour le volvulus du côlon pelvien.

Certains chirurgiens ont cherché à réaliser de parti-pris la suppression de tout le segment tordu, la simple détorsion ou la colopexie leur paraissant insuffisantes.

Elle est nécessaire quand le volvulus récidive plusieurs fois, et Lecène, qui a fait la résection d'une anse qui s'était tordue trois fois, a obtenu une guérison définitive.

Toutefois, la mortalité dans cette intervention est élevée. MM. Gayet et Patel, sur treize résections pratiquées pour mégacolon, indiquent comme résultats opératoires, huit guérisons et cinq morts.

Les dimensions de l'intestin réséqué sont variables, M. Gayet en a réséqué jusqu'à 83 centimètres, Lecène 80.

Deux méthodes peuvent être employées :

1<sup>o</sup> La résection en un temps.

2<sup>o</sup> La résection en deux temps.

La *résection en un temps* a été souvent employée, surtout pour le mégacolon.

Dans la *résection en deux temps*, les chirurgiens peuvent procéder de façon différente.

Lecène dans une première séance détord l'anse, et quinze jours après pratique la résection.

D'autres pratiquent dans une première séance une cœcostomie et font quelque temps après la résection de l'anse.

Après la résection, la circulation intestinale a été rétablie de différentes façons.

a) Enterorrhaphie circulaire bout à bout.

b) Abouchement latéro-latéral généralement entre le côlon descendant et l'S iliaque.

Dans les cas de suture bout à bout, il est généralement nécessaire de rétrécir d'abord le bout supérieur pour le ramener au diamètre du bout inférieur.

On a pratiqué aussi la résection avec fermeture de l'un des deux bouts et implantation de l'autre. Von Eiselsberg conseille, si les difficultés pour suture les deux bouts coliques sont trop grandes, d'établir le bout supérieur en anus définitif et d'oblitérer le bout rectal (opération de Madelung).

On s'est demandé, à juste raison, si la résection du gros intestin ne doit pas apporter dans l'organisme des troubles graves.

Dans la *Presse Médicale* du 10 décembre 1910, Lenormant signale les expériences qu'on fait à ce sujet Nannotti et Albu. D'après Albu, le gros intestin est un organe de troisième ordre, au point de vue fonctionnel. Son rôle est nul ou à peu près dans la digestion, sa muqueuse possédant un pouvoir absorbant peu considérable ; sa principale fonction paraît

être celle de l'évacuation des matières. Il est donc vraisemblable que sa suppression, même très étendue, ne doit causer que peu de troubles; Nannotti, puis Albu, n'ont vu succomber aucun des chiens auxquels ils avaient réséqué ou exclu la plus grande partie du gros intestin. Albu a cependant noté quelque temps après l'opération une diarrhée abondante et fétide accompagnée d'un léger amaigrissement et, ayant sacrifié les animaux, il trouva à leur autopsie une inflammation accentuée de la muqueuse dans le segment terminal conservé de l'intestin. Ce sont là des accidents peu graves et Albu lui-même reconnaît que l'exclusion très étendue du gros intestin est physiologiquement admissible sous la condition de conserver au moins 30 centimètres d'intestin normal.

Les faits cliniques confirment aussi cette innocuité relative de l'exclusion étendue des colons. On a bien signalé après l'iléo-sigmoïdostomie l'existence fréquente de diarrhée plus ou moins rebelle, mais l'état général reste bon et l'on n'observe aucun phénomène de dénutrition.

Au Congrès allemand de Chirurgie de 1908, Heddoens a rapporté un cas d'exclusion totale du côlon suivi de troubles assez sérieux; dans la discussion qui a suivi, Martens, Spreigel ont cité des faits analogues, et Francke et Kœtre en ont conclu que l'exclusion du gros intestin devait être strictement réservée aux seules affections graves et réellement incurables du côlon, et qu'il fallait autant que possible la rendre partielle.

Que devons-nous donc penser de la résection ? Il semble, au premier abord, que ce soit la véritable cure du volvulus. Malheureusement l'opération est sérieuse, la mortalité est élevée, tandis que les autres interventions sont moins dangereuses. Mais il est permis d'espérer que les dangers diminueront à mesure que la technique se perfectionnera, et l'on peut dire avec MM. Patel et Gayet, que la résection est l'opération de l'avenir.

---

## CONCLUSIONS

---

- I. — Le volvulus du côlon pelvien est une affection qui, d'après les statistiques, est plus fréquente chez l'homme que chez la femme. L'âge ne paraît avoir aucune influence.
- II. — La constipation n'est pas la cause essentielle du volvulus comme on le croyait autrefois. Il y a une prédisposition congénitale à cette affection due :
- 1° A la longueur exagérée de l'anse pelvienne ou de son méso ;
  - 2° A une dilatation excessive du gros intestin ou megacôlon.
- III. — La méso-sigmoïdite joue un rôle important dans la formation du volvulus du côlon pelvien. Elle rapproche, par rétraction du méso, les extrémités supérieure et inférieure de l'S iliaque et forme ainsi un pédicule qui pourra servir de pivot à la torsion. C'est vraisemblablement à ce mécanisme qu'est dû le volvulus de notre Observation I.
- IV. — En outre des volvulus complets, il existe des ébauches de volvulus ou torsions incomplètes, de même que l'on a signalé des formes de volvulus du côlon pelvien associées à d'autres volvulus.

V. — Le traitement rationnel du volvulus confirmé c'est le traitement chirurgical : il s'impose d'autant plus qu'ordinairement les malades se présentent en état d'occlusion.

L'intervention consistera en une laparotomie médiane suivie de détorsion de l'anse tordue. Cette détorsion sera suivie ou non de colopexie.

La création d'un anus contre nature devra être évitée comme seul mode de traitement, car, ainsi que M. le Prof. Jaboulay l'a indiqué, l'anus établi par laparotomie droite peut porter, non pas sur le cœcum, mais sur l'S iliaque et ainsi ne pas remédier à l'occlusion.

En cas de récidence on pourrait faire une méso-colopexie ou mieux encore la résection de l'anse pelvienne. Malheureusement cette opération est encore trop grave pour être prônée comme la méthode de choix à utiliser d'emblée.

VU :

*Le Président de la Thèse,*

JABOULAY.

VU :

*Le Doyen,*

L. HUGOUNENQ

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 5 Juillet 1912.

*Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,*

P. JOUBIN.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- ALBU. — « Versuche über Ausschaltung von Dünn und Dickdarm ». (*Mitteilungen aus der Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, XIX, p. 852, 1909).
- ALLARD. — *Thèse Lyon* 1900, N° 86. Volvulus de l'anse omeyca.
- ALEKSINSKI (A. S). — Operated case of volvulus. (*Kirurgia Mosk.* 1906, XX, 96-100).
- ANGELESCO. — Etranglement par torsion du gros intestin. (*Bull. Soc. Anat.* Janvier 1895).
- ARDLE. — The treatment of volvulus of the sigmoid. *Dubl. J. m. soc.* 1893, XCV, 97.
- ARMSBY. — A case of volvulus. *Med. Gaz.* N.-Y. 1883.
- ALLEN. — Obstruction of the bowells. *Kentueky M. T. Bowling Green* 1911.
- BARIE et DU CASTEL. — Epithelioma cylindrique de l'S iliaque. Etude sur le diagnostic différentiel entre le cancer de l'intestin et le volvulus. *Bull. Soc. Anat.* Paris 1879, LIV, 703-12.
- BARTON J. — Case of volvulus. *M. J.* Londres 1882, II, 1257.
- BARNARD. — Lectures on chronic intestinal obstruction. *Clin. J.* Londres 1907-8.
- BENTHAM. — Cas aigu de volvulus de l'S iliaque traité et guéri par la résection abdominale. *Soc. clin.* de Londres, Mai 1093.

- BATTLE (W.). — A case of obstruction due to new growth of the sigmoid flexure; inguinal colotomy followed later by resection of the growth, reestablishment of the intestinal tract recovery. *Lancet* Lond. 1900, II, 20.
- BÉRARD (L.) et PATEL (M). — Les occlusions intestinales par coudures de l'angle colique gauche.
- BÉRAUD. — Sigmoid flexure; perforation of cœcum. *Bull. Soc. Anat.* Paris 1847, XXII, 280-83.
- BLECHER. -- Uber Ileus, bedingt durch seltenen Formen von volvulus. *Deutsche Ztschr. f. Chir.* Leipz. 1902.
- BLOODGOOD. — Intestinal obstruction due to volvulus or adhesions of the sigmoid colon, with a report of five cases and a study of etiological factors. *Ann. Surg. Phila.* 1909, 161-182.
- BLAKE (S. A.). — Recurrent volvulus of the sigmoid flexure. *Ann. Surg. Phila.* 1905, XLIII, 444-446.
- BRIN (H.). — Obstruction par coudure de l'angle colique gauche, anus cœcal, rétablissement des fonctions. *Arch. Méd. d'Angers* 1904, VII, 497.
- BOBIER. — Le volvulus de l'anse omega. *Thèse Paris* 1896.
- BORSEKY (H.). — Ein geheelter Fall von Volvulus des S Romanum. *Med. Chir. Presse* Budapest 1906.
- BOECKEL (J.). — Volvulus congénital de l'anse sigmoïde chez un enfant de deux ans et demi. Laparotomie et résection de cette anse. Guérison. *Gaz. de mal. enf.* Paris 1903. V. 143-47.
- BRAUN (H.). — Traitement opératoire des torsions de l'S iliaque. *Heb für Klin. Chir.* Berlin 1892.
- BUSK. — Sur un cas de volvulus de l'S iliaque. *Path. Soc. of London*, LVI, p. 108.
- CARPENTIER. — A case of congenital dilatation of the colon. *Proc Royal Soc. Med.* Lond. 1908-1909.

- CATRIN. — Obs. de volvulus de l'S iliaque ayant amené la mort au sixième jour sans vomissements fécaloïdes. *Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux*, de Paris 1894, XI, p. 697-701.
- CAHIER. — Les occlusions aiguës de l'intestin. *Bibl. Charcot-Debove*, 1896.
- CHALIER (A.). — Volvulus du cœcum. *Société Nationale de Médecine*, 6 Novembre 1911.
- Volvulus du colon pelvien avec perforations multiples de l'anse tordue. *Société Nationale de Médecine* de Lyon, Avril 1912.
- CHEALDE (W. B.). — Idiopathic dilatation of the colon. *Lancet* London 1898.
- DEAVER (J.-B.). — Remarks upon the treatment of stricture of the sigmoid flexure and of the first portion of the rectum. *N.-Y. Med. Journ.* 1894.
- DELKESKAMP. — Ueber volvulus der flexura sigmoïda bei Hirsprunchen krankheit. *München Med. Woch.* 1906.
- DELORE. — Sur un cas de volvulus de l'S iliaque. *Gaz. Hebd. de Méd. et de Chir.* 24 décembre 1899.
- A propos du traitement du megacôlon chez l'adulte. *Revue de Médecine*, 1911.
- DUPLEIX. — Dilatation énorme de l'S iliaque. *Prog. Méd.* Paris 1877, V. 953.
- DUROUX. — Volvulus du colon transverse. *Lyon Chirurgical*, Mai 1912.
- Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical. *Rev. de gynec. et de chir. abd.*, Paris 1912.
- DUROUX et MANGINI. — Volvulus du colon pelvien. *Lyon Chirurgical*, Janvier 1912, p. 40-62.
- EASTON. — Volv. de l'S iliaque. *An. Méd.* 1851.

- EBSTEIN (E.). — Etymologische zur den Krankliectnahmen  
« Heus im miserere ». *Med. Woch. Holl.* 1906.
- EDWARDS (F.S.). — The diagnosis of disease of the sigmoïd  
flexure and rectum with special reference to the  
proctoscope. *M. J. Lond.* 1902.
- EISENHART. — Développement excessif congénital de l'S iliaque,  
occlusion intestinale *C. Clin. Méd.* 1894.
- ERLANGER. — *Thèse Paris*, 1873.
- ESAÛ. — *Deutsche Arch. für Klin. Med.*, 1873.
- FINNEY. — Malade opéré deux fois avec succès pour volvulus.  
*Soc. Méd. des Hôpitaux*, 23 juin 1893.
- FAUCON. — Volv. de l'S iliaque. *Soc. de Chir.*, 12 déc. 1893.
- FASONO. — Sopre due rari casi de ostruzione intestinale.  
*Clin. chirurg.* Milano, 1909.
- FRIEDJUNG. — Dünnd volvulus im eine mesenterialecyste. *Med.  
Bl. Vien.* 1902, XXV, p. 341.
- GARRE. — Volvulus der flexur bei Hemmungsbildung des  
Darmes : Resektion. *Heilung Deutsche med. Wechnschr.*  
Leipz. u. Berl. 1908.
- GEDROITS. — Volvulus of the intestinus. *Khirurgia Mosk.* 1910.
- GAYET et PATEL. — Le traitement du megacôlon chez l'adulte.  
*Lyon Chirurg.*, Mars 1911.
- GERARD et MARCHAND. — *Chirurgie du gros intestin.* Paris 1902.
- GIDDINGS (W.). — A case of volvulus complicated by perito-  
nitis. Operation, recovery.
- GOULD. — Un cas de volvulus de l'S iliaque. Laparotomie.  
*Soc. Clin. de Londres*, Mai 1893.
- GREIFFENHAGEN. — Zur therapie des volvulus der flexura  
sigmoïdea. St-Pétersb., *Med. Wechnschr.*, 1909.
- GRENADE. — Volvulus de l'S iliaque. Lapar. guérison Scalpel,  
*Liège*, 1906-07, p. 442.

- HARRINGTON. — Enormous dilatation of sigmoid flexura with history of a case. *Chicago Med. J.*, 1878.
- HORAND (R.). — Occlusion intestinale par glissement et torsion du côlon sigmoïdien. *Lyon Méd.*, 1907.
- JABOULAY. — Volvulus de l'S iliaque opéré par détorsion. Les anus contre nature dans cette affection. *Bull. Soc. Nation. Méd.*, Lyon, 16 janvier 1911.
- JEANNEL. — Du volvulus de l'anse pelvienne, de l'ileo-rectotomie dans le traitement de l'anus artificiel. *Arch. Méd.* Toulouse 1910.
- JANESCO. — Rächistowaïnisation pour occlusion intestinale. *Bull. et Mém. Soc. de chir.* Bucarest, 1905-1906, VIII.
- KOZLOWSKI. — De l'ileus consécutif à la torsion de l'S iliaque. *Chir. Mosk.*, 1902, XI.
- KEEYON. — Notes on a case of volvulus of cæcum secondary to malingnant discose of the sigmoid flexure of the colon. *T. Roy. m. Island.* Dub. 1905.
- KNAGGS (R.-L.). — On volvulus in association with hernia. *Ann. Surg.* Phila. 1900, XXXI, 403-430.
- KOCHER. — Ein fall von volvulus der flexura sigmoïdea.
- LAGOUTTE. — Un cas de volvulus du cæcum, du côlon descendant et de la fin de l'iléon.
- LAMMIMAN. — Case of volvulus of sigmoid flexure of colon, abdominal section. *Brit. Méd. J.* Lond. 1887.
- LANE. — The operativ treatment of chronic constipation. *The Practitioner*, p. 684, 1911.
- LECÈNE. — Volvulus du gros instestin. *Revue de Chirurgie*, Janvier 1910, p. 20.
- LENCORMANT. — Les limites de résection intestinale. *Presse Médicale*, 10 Décembre 1910.
- LERICHE. — Colosigmoïdite et perisigmoïdite latente : rétraction cicatricielle de l'S iliaque et du côlon descendant;

- occlusion intestinale, exclusion unilatérale, guérison.  
*Lyon Méd.* 1911.
- LEICHTENSTERN. — Occl. cut. *Ziemssen's Handbuch*, VII, p. 2.
- LEJARS. — Les sigmo-perisigmoïdites à forme d'occlusion.  
*Sem. Méd.* Paris, 1907, p. 613.
- LEE. — Volvulus in a child. *Brooklyn M. S.*, 1906, p. 2.
- LESIEUR (C.). — Obstruction intestinale par dilatation partielle de l'anse sigmoïde sans torsion *Bull. Soc. Méd. des Hôpit.* Lyon, 1903.
- LIEBAULT. — Volvulus de l'S iliaque. *Thèse Paris*, 1882.
- MAIRE. — Un cas de sigmoïdite avec adhérences s'accompagnant de crises d'occlusion subaiguë et simulant un néoplasme de l'S iliaque. *Lyon Méd.*, 1909.
- MANTHEY. — Volvulus of flexura sigmoidea. *Forsk Kristania Kirurg. foren.*, 1909.
- MARCANO. — De los estrangulamientos rotatorios de la S ilíaca. *Union Méd.* Caracas, 1883, III, 97-102.
- MELCHIORI. — Dell' volvolo dell' S ilíaca. *Ext. des Annali Universali Medicina* Milan, 1839.
- MORESTIN. — Volvulus de l'anse omega. *Bull. et Mém. Soc. Anat.* de Paris, 1910.
- NETER. — Die Besichungen der congenitalen anomalien der S Romanum zur habituellen Verstopfung in Kinderalter und zum volvulus flexuræ sigmoïdæ der Erwachsenen. *Arch. f. Rind. Stuttg.* 1901.
- NEUMAN. — Fall von volvulus. *Deutsch. Med.*, Leipz. Berl. 1904.
- NORES. — De l'occlusion ou niveau de l'angle colique gauche. *Rev. de gyp. et de chir. abd.* Paris, 1903.
- OBALINSKI. — 110 observations de laparotomie pour ileus *Arch. chirurg.*, 1894.
- PATEL. — Megacôlon. Rapport au VI<sup>e</sup> Congrès de Pédiatrie, Toulouse, 1910.
- PERAIRE. — Occl. int. par torsion de l'int. au niveau de l'anse

- omega. Laparotomie. Mort par pneumonie. *Soc. Anat.*, 1891.
- PERMATO. — Enorme dilatation de l'S iliaque. *Rev. veneta di Sec. med.*, Venezia, 1888.
- PEYROT. — *Thèse Paris*, 1880.
- PHELIP (A.). — Occlusion intestinale par volvulus de l'anse intestinale mésentérique autour des vaisseaux mésentériques supérieurs. *Bull. et Mém. Soc. Anat.* de Paris, 1909.
- POLAILLON. — Occl. int. par volvulus de l'S iliaque; laparotomie dans la région inguinale gauche, impossibilité de détordre le volvulus, établissement d'un anus artificiel. *France Méd.*, Paris, 1883.
- POTAIX. — Clin. de l'Hôp. Necker. *Gaz. Méd.*, von 1875.
- PRIOLEAU (L.). — Cas d'obst. intest. par volv. siégeant à l'union de l'S iliaque et du rectum. *J. de Méd.*, Bordeaux.
- Considérations sur le trait du volv. du côlon par les lavements gazeux et la ponction capillaire des anses surdistendues. *Congrès de Bordeaux*, 1895; *de Carthage*, 1896.
- RAMSAY. — A rapport of a new method of examininy the rectum and sigmoïd. *Mathews Med.*, 1895.
- ROSER (W.). — Zur operation des volvulus. *Cl. f. chir.*, Leipzig, 1883, X, 681.
- RIEDEL. — Mesenteriot Schrumpf und der flexura sigmoïdea. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der *Med. u. Chir.*, 1897.
- ROUSSELOT. — Curieux cas de volvulus. *Bull. Soc. cent. de Méd. vét.*, Paris, 1905.
- ROUX. — Zur verhütung des recidivs bei volvulus. *C. f. chir.*, Leipzig, 1394.
- SAMBORSKI. — Relapse of volvulus of the sigmoïd flexure. Radical operation of volvulus. *Kirurgia Mosk.*, 1911.

- SANTWOORD (V.). — A case of volvulus involving the sigmoid flexure. *N.-Y. med. J.*, 1886.
- SCHMITT. — *Beitröye zur Klinischen Chirurgie*, 1909.
- SENEERT (L.). — Hématôme du mésentère consécutif à une torsion partielle du mésentère, suivi d'occlusion intestinale. *Arch. prov. de Chir.*, Paris, 1903
- STEER. — A rare form of intestinal strangulation, *Lancet*, Lond. 1904.
- STOCQUART. — Note sur l'anatomie de l'S iliaque et du rectum dans l'enfance. *J. de Méd. et Chir.* Bruxelles, 1880, LXX, 348.
- TARTAVEZ. — Occlusion intestinale aigue par flexion d'une anse grêle. *Arch. méd. et pharm. mil.* Paris, 1909.
- TRABUT. — Volvulus de l'S iliaque. *Thèse Montpellier*, 1908.
- TROUSSEAU. Cliniques Mai 1837.
- THÉNANS. — Diagnosis and treatment of volvulus of the sigmoid flexure, etc. *Med. Herald*, 1907.
- WAHL (von). — *Arch. für Klin. Chir.* 1888. Diagn. des occl. intest. par étranglement ou torsion. *Cent. f. Chir.*, 1889, p. 153.
- WATERHOUSE. — An adress on volvulus. *Brit. M. J.*, Lond. 1909.
- WEBER (F. K.). — Volvulus of the sigmoid flexure, *Russk. Vrach.*, St-Pétersb. 1906.
- WEEGE. — Ueber der volvulus der flexura sigmoïdea. *Marl.* 1903. Thèse n° 8.
- WHITEHEAD (H. B.). — A case of ocute volvulus of the sigmoid flexure, laparatomy with formation of artificial anus, closure, recovery. *Lancet*, Lond. 1901.
- ZOEGE VON MANTEUFFEL. — *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1891.
- ZUCKERKANDL. — Ueber volvulus und Bruchsack. *Allg. Wan med. Zerteing*, 1887.
-



